

## Caracterização do prestador de serviços de saúde não hospitalar

Nome: [campo alfanumérico]

Nome Empresarial: [campo alfanumérico]

Natureza Jurídica: [PF ou PJ]

Cartão Nacional de Saúde (CNS): [campo numérico]

CNPJ: [campo numérico]

CPF: [campo numérico]

Tipo de Estabelecimento: cheque box com classificação do CNES

Possui contratação direta com operadora(s) de Planos Privados de Saúde? [S/N]

---

**1.** Possui cadastro no CNES? [S/N]

1.1. Código no CNES: [campo numérico]

1.2. O cadastro no CNES está atualizado? [S/N]

**2.** Possui Graduação na área da saúde? [S/N]

Se sim, qual?

- a. Enfermagem
- b. Farmácia
- c. Fisioterapia
- d. Fonoaudiologia
- e. Medicina
- f. Odontologia
- g. Psicologia
- h. Terapia ocupacional
- i. Outra

2.1. Instituição? [campo alfanumérico]

2.2. Ano de conclusão: [campo numérico]

**3.** Possui pós-graduação? [S/N]

Se sim, qual?

- a. Atualização
- b. Especialização
- c. Mestrado
- d. Doutorado
- e. Pós-Doutorado
- f. Residência

3.1. Instituição? [campo alfanumérico]

3.2. Ano de conclusão: [campo numérico]

4. Participou de curso(s) congresso(s) relacionado(s) à sua área de atuação profissional no ano de 2016? [S/N]
- 4.1. Cite o principal:  
Nome do evento: [campo alfanumérico]  
Instituição responsável: [campo alfanumérico]  
Carga Horária: [campo alfanumérico]
5. Seu estabelecimento de saúde possui alguma certificação ou acreditação? [S/N]  
Se sim, qual? [campo alfanumérico]
6. Efetua a notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nas condições previstas na Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014? [S/N]
7. Seu consultório conta com **Preparação alcoólica** para **fricção antisséptica das mãos** de acordo com RDC 42/2010? [S/N/Não se aplica]
8. Procura basear as suas condutas profissionais em evidências? [Escala ou S/N]  
Se sim, quais?
- Evidências decorrentes da opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência e/ou relatório de comitês de especialistas.
  - Evidências derivadas de um estudo descritivo ou qualitativo
  - Evidências provenientes de revisão sistemática, metanálise de ensaios clínicos ou de estudos de coorte ou caso-controle bem delineados
  - Evidências na experiência clínica pessoal
  - Protocolo/Diretriz institucional
9. Ao transmitir as informações ao paciente (prescrições verbais, resultados de exames críticos e transição de cuidados, por exemplo) você se certifica de que ele teve a correta compreensão da informação? [S/N/Não se aplica]
10. Assistiu ao vídeo sobre cuidado centrado na pessoa, disponível em <http://proqualis.net/video/video-sobre-cuidado-centrado-na-pessoa>? [S/N]
11. **[Fisioterapia/Terapia Ocupacional]**: Possui a certidão de equipamentos calibrados? [S/N/Não se aplica]
11. **[Fono]**: Realiza e manutenção preventiva dos equipamentos audiológicos e cabina acústica: ( ) anual; ( ) semestral ( ) a cada 2 anos
11. **[Nutrição]**: Experiência profissional na área de Nutrição Clínica.
11. **[Odonto]**: O enfoque clínico na sua atuação prioriza a prevenção e promoção em saúde bucal? [S/N]
12. Como deve ser avaliada a qualidade da atuação profissional em saúde?
- Qualidade da formação profissional (residência, mestrado, doutorado)
  - Qualidade da formação continuada (especialização, formação em serviço)

c. Utilização de protocolos clínicos na atuação profissional

d. Participação em congressos e eventos científicos

e. Outros. Citar quais: