|  |
| --- |
| **PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE****SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE****UNIDADE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA****EQUIPE DE VIGILÂNCIA DE SERVIÇOS E PRODUTOS DE INTERESSE À SAÚDE** |
| **Formulário para Descrição de Atividades nos Serviços Odontológicos** |
| **DADOS DO ESTABELECIMENTO (Pessoa Jurídica)** |
| RAZÃO SOCIAL:       |
| CNPJ:       |
| Nº DE REGISTRO EM CONSELHO:       |
| ÁREA DE ATUAÇÃO:       |
| **DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO (Pessoa Jurídica ou Pessoa Física)** |
| NOME:       |
| CPF:       |
| RG:       |
| FORMAÇÃO PROFISSIONAL:       |
| Nº DE REGISTRO EM CONSELHO:       |
| ESPECIALIZAÇÃO:       |
| **DADOS COMPLEMENTARES** |
| Nº DE CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS:       |  [ ] RAIO-X INTRAORAL |  [ ] RAIO-X EXTRAORAL | [x]  SEM RAIO-X  |
| OUTROS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO LOCAL:       |       |
| São realizados procedimentos sob Anestesia Endovenosa: | [ ] SIM | [ ] NÃO |       |
| Realiza Sedação com Óxido Nitroso: | [ ] SIM | [ ] NÃO |       |
| Realiza HOF (Harmonização Orofacial): | [ ] SIM | [ ] NÃO |       |
| Realiza Lipoaspiração Mecânica: | [ ] SIM | [ ] NÃO |       |
| Realiza L-RPF (plasma rico em plaquetas e leucócitos): | [ ] SIM | [ ] NÃO |       |
| Realiza Ozonioterapia: | [ ] SIM | [ ] NÃO |       |
| Realiza Laserterapia: | [ ] SIM | [ ] NÃO |       |
| Possui Habilitação para todas as atividades: :realizadas: | [ ] SIM | [ ] NÃO |       |
| Especificar outros procedimentos de HOF realizados:       |
| Outras Atividades (especificar):       |
| Listar os equipamentos eletromédicos e odontológicos utilizados no estabelecimento e os seus respectivos registros na Anvisa: |
| 1.      2.      3.      4.      5.      6.      7.      8.      9.      10.       | 11.      12.      13.      14.      15.      16.      17.      18.      19.      20.       |
| Assinatura do Responsável Técnico: | Porto Alegre, 30 de maio de 2023. |
| OBS: OS DADOS ACIMA SOLICITADOS DEVERÃO SER PREENCHIDOS CORRETAMENTE, POIS SÃO IMPRESCINDÍVEIS PARA O CADASTRAMENTO NESTA DVS. |