

**Estudo de Impacto de Vizinhança**  
**Anexo 6 - Formulário Unidade de Saúde**

nº \_\_\_\_\_

Providenciar o preenchimento de pelo menos dois formulários preferencialmente dentro da área de influência.

Instruções para o preenchimento: **1.** Identificar o nome da unidade de saúde; **2.** Entregar o formulário ao representante da Secretaria de Saúde na Comissão Executiva do Plano Diretor (ver contatos abaixo); **3.** Anexar ao formulário imagens de satélite do empreendimento com pontos de referências locais e com as possíveis intervenções.

**A. Identificação da Unidade**

☐ UBS

☐ UBSF

1. Nome da Unidade: \_\_\_\_\_
2. Diretor: \_\_\_\_\_
3. Tempo em que trabalha na instituição: \_\_\_\_\_
5. Endereço (logradouro, nº, Bairro): \_\_\_\_\_
6. Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**B. Caracterização da Unidade**

1. Tempo de existência da instituição: \_\_\_\_\_ 2. Número de funcionários: \_\_\_\_\_
2. Tipo de atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Serviços de apoio ☐ Outros \_\_\_\_\_
3. Condição da ocupação: ☐ Próprio ☐ Alugado ☐ Cedido ☐ Outro: \_\_\_\_\_
4. Dados:

Faixa Etária	Nº de Atendimentos /mês	Nº de Atendimentos em fila de espera

5. Há necessidade de ampliação do prédio ou de área livre: ☐ Sim ☐ Não  
Justifique caso seja necessário ampliação: \_\_\_\_\_

6. O número de atendimentos vem aumentando nos últimos dois anos? ☐ Sim ☐ Não ☐ Pouco

7. Há perspectiva de aumento do número de atendimentos para os próximos anos?

Sim ☐ Não ☐ Indiferente ☐

Justifique: \_\_\_\_\_

8. Há necessidade de reforma ou aquisição de equipamentos e mobiliário na unidade: ☐ Sim ☐ Não

Em quais instalações são necessárias estas reformas e quais equipamentos e mobiliários necessários:

9. A unidade precisa da contratação temporária de especialistas que não estão disponíveis na rede pública?

☐ Sim ☐ Não

Descreva abaixo em detalhes os especialistas que deverão ser contratados, em ordem de prioridade:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do responsável: \_\_\_\_\_