

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: _____