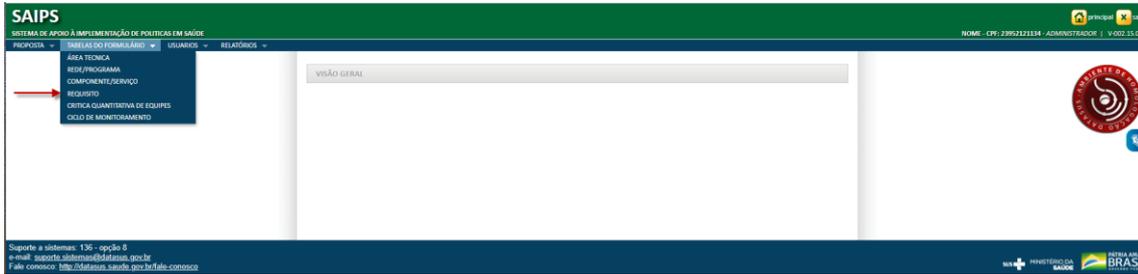
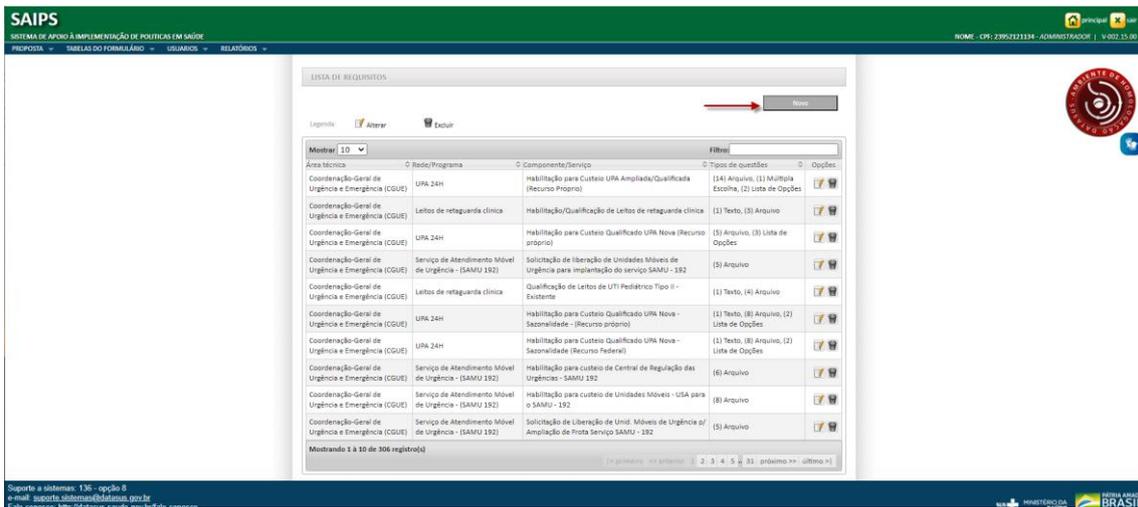


## Resumo Incluir Questão do Questionário

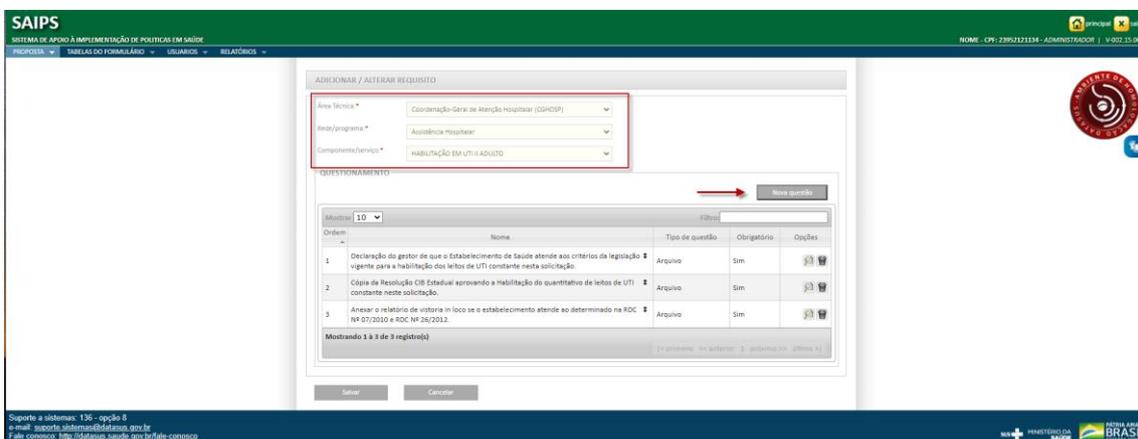


Clique no menu **TABELAS DO FORMULÁRIO** e escolha a opção **REQUISITO**.

O sistema exibe a tela dos requisitos

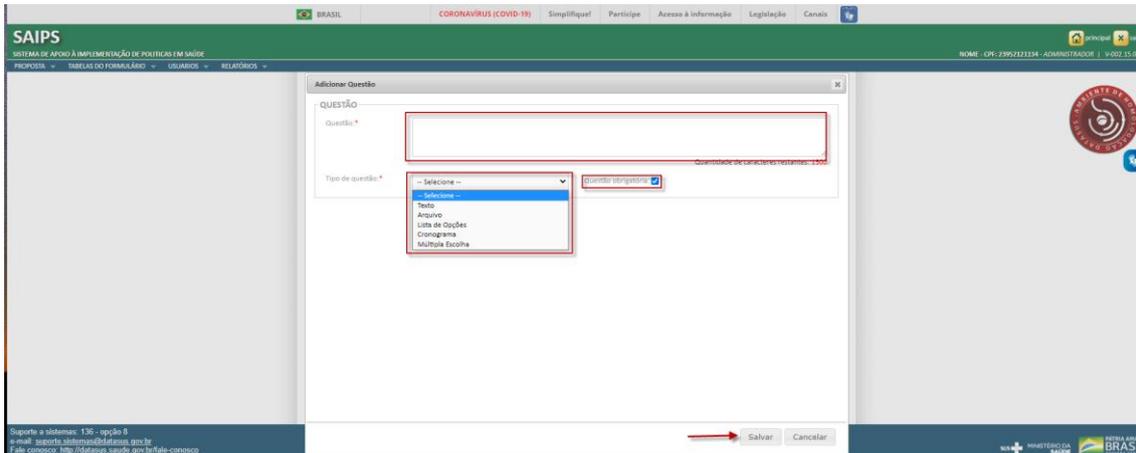


Clique na opção **NOVO**



Selecione o componente para o questionário e clique em **NOVA QUESTÃO**.

A tela **ADICIONAR QUESTÃO** é exibida.



Digite a questão e selecione as opções do tipo de questão e clique em salvar.

- Texto
- Arquivo
- Lista de opções
- Cronograma
- Múltipla escolha

ADICIONAR / ALTERAR REQUISITO

Área Técnica: Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP)

Rede/programa: Assistência Hospitalar

Componente/serviço: HABILITAÇÃO EM UTI II ADULTO

QUESTIONAMENTO

Nova questão

Mostrar 10 Filtro:

| Ordem | Nome  | Tipo de questão  | Obrigatório | Opções  |
|-------|---|------------------|-------------|---|
| 1     | Declaração do gestor de que o Estabelecimento de Saúde atende aos critérios da legislação vigente para a habilitação dos leitos de UTI constante nesta solicitação. | Arquivo          | Sim         |   |
| 2     | Cópia da Resolução CIB Estadual aprovando a Habilitação do quantitativo de leitos de UTI constante neste solicitação.   | Arquivo          | Sim         |   |
| 3     | Anexar o relatório de vistoria in loco se o estabelecimento atende ao determinado na RDC Nº 07/2010 e RDC Nº 26/2012.   | Arquivo          | Sim         |   |
| 4     | TESTE TEXTO   | Texto            | Não         |   |
| 5     | TESTE ARQUIVO   | Arquivo          | Não         |   |
| 6     | TESTE LISTA DE OPÇÕES   | Lista de Opções  | Sim         |   |
| 7     | TESTE CRONOGRAMA  | Cronograma       | Não         |   |
| 8     | TESTE MULTIPLA ESCOLHA  | Múltipla Escolha | Sim         |   |

Mostrando 1 à 8 de 8 registro(s)

< primeiro << anterior 1 próximo >> último >

Salvar Cancelar

## Resultado

QUESTIONÁRIO

▼ HABILITAÇÃO EM UTI II ADULTO

1.

1. Declaração do gestor de que o Estabelecimento de Saúde atende aos critérios da legislação vigente para a habilitação dos leitos de UTI constante nesta solicitação. \*

Nenhum arquivo selecionado

2. Cópia da Resolução CIB Estadual aprovando a Habilitação do quantitativo de leitos de UTI constante neste solicitação. \*

Nenhum arquivo selecionado

3. Anexar o relatório de vistoria in loco se o estabelecimento atende ao determinado na RDC N° 07/2010 e RDC N° 26/2012. \*

Nenhum arquivo selecionado

4. TESTE TEXTO

Quantidade de caracteres restantes: 4000

5. TESTE ARQUIVO

Nenhum arquivo selecionado

6. TESTE LISTA DE OPÇÕES \*

-- Selecione --

7. TESTE CRONOGRAMA

Data Início

Data Término

8. TESTE MULTIPLA ESCOLHA \*

ESCOLHA 1

ESCOLHA 2

ESCOLHA 3

Anterior

Enviar para MS Voltar Salvar Imprimir Descartar Proposta