



AVALIAÇÃO DE DANOS HUMANOS E SERVIÇOS DE SAÚDE – ADAN-SUS/SP – A

Parte I (preenchimento pelo município)

1 – Informações Gerais

Data da ocorrência: _____

Tipo de evento:

- Enchentes Escorregamentos ou deslizamentos Incêndios Rompimento de adutora
 Enxurradas Exaurimento de recursos hídricos Rompimento de barragem Vendavais ou tempestades
 Inundações litorâneas por invasão do mar Outros: _____

Município	UF:	Cód. IBGE:

Sede/Bairros afetados

Nome das comunidades rurais afetadas

Breve descrição do evento:

2 - Efeitos do evento sobre a população

Desabrigados*	Danos humanos (em nº de pessoas)					*Abrigos
	Desalojados	Afetados	Feridos	Desaparecidos	Mortos	Nº de abrigos utilizados

*informar número de abrigos

3 - Efeitos do evento sobre a rede de saúde (em número de instalações):

Instalações de Saúde	Sem danos	Danificada	Destruída	Isolada
1. Pronto Atendimento (PA)				
2. Pronto Socorro (PS)				
3. Unidades Básicas de Saúde (UBS)				
4. Unidade Mista				
5. Hospital				
6. Laboratório				
7. Outros (especifique)				



4 - Impacto do evento sobre os serviços públicos (em número de serviços):

	Sem danos	Danificado	Destruído	Tempo estimado para o restabelecimento (horas)
Sistema de Abastecimento de Água				
Sistema de Energia Elétrica				
Sistema de Telecomunicações				
Esgotamento Sanitário				
Coleta de Lixo				
Gás encanado				

Observações:

5 - Condições de acesso (assinalar com x)

Terrestre			Aéreo			Fluvial		
Normal	Precário	Interrompido	Não se aplica	Precário	Interrompido	Não se aplica	Precário	Interrompido

Observações

6 - Principais ações que estão sendo realizadas pelas áreas técnicas municipais de saúde

Responsável pelo preenchimento

Área técnica	
Tel. Contato	
e-mail:	

Enviar este instrumento, **em até 48 horas da ocorrência**, para Regional de Vigilância Sanitária e/ou Epidemiológica por fax ou e-mail



Parte II (preenchimento pela Regional de Vigilância)

1 - Resumo das Ações realizadas pela Regional de Vigilância

--

Responsável pelo preenchimento

Área técnica	
Tel. Contato	
e-mail:	

Enviar este instrumento para Central/CIEVS, **em até 24 horas após recebimento**, através do e-mail: vigilanciaemdesastres@saude.sp.gov.br
ou excepcionalmente pelo FAX: (11) 3066-8132