



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

Parte I (preenchimento pelo município)

1 – Informações Gerais

Data da ocorrência: _____

Número relato Defesa Civil: _____

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

Danos humanos (em nº de pessoas)					
Desabrigados*	Desalojados	Afetados	Feridos	Desaparecidos	Mortos

2a – Especificação dos abrigos

Tipo de abrigo (em nº de abrigos)					
Escola*	Igreja/Templo	Ginásio de esportes	Hotel	Galpão	outros

Descrição sucinta dos abrigos (incluindo área física):

--

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)			
				< 12	12 – 24	24 – 48	≥ 48
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: central@saude.sp.gov.br
ou excepcionalmente pelo FAX: (11) 3066-8132