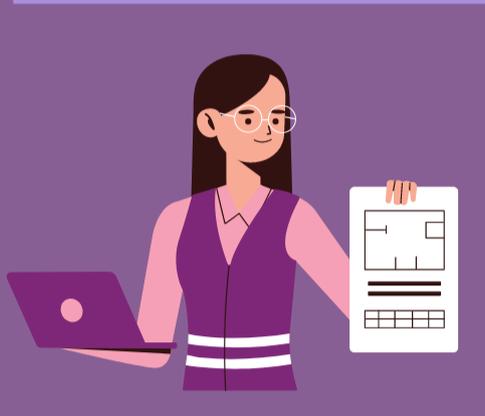


MANUAL DAS COMISSÕES DE ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS HOSPITALARES



SECRETARIA DA
SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
DIVISÃO DE CONTRATUALIZAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

MANUAL DAS COMISSÕES DE ACOMPANHAMENTO DOS
CONTRATOS HOSPITALARES

2ª Edição

PORTO ALEGRE, 2022



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Ranolfo Vieira Júnior

Governador do Estado do Rio Grande do Sul

Arita Bergmann

Secretária Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul

Ana Lúcia Pires Afonso da Costa

Secretária Adjunta da Secretaria Estadual da Saúde

Lisiane Wasem Fagundes

Diretora do Departamento de Gestão da Atenção Especializada

Capa: Thamires Jardim

Coordenação: Fabiana Reginatto Hering

Editoração: SES/DGAE

R585m Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Departamento de Gestão da Atenção Especializada. Divisão de Contratualização de Ações e Serviços de Saúde.

Manual das Comissões de Acompanhamento dos Contratos Hospitalares [recurso eletrônico] / organizado por Fabiana Reginatto Hering; Luana Alves Figueiró - 2. ed. - Porto Alegre: ESP/SES/RS, 2022.
153 p.

ISBN 978-65-89000-19-8

1. Financiamento da assistência à saúde. 2. Gestão em saúde. 3. Manual.
4. Comissões de Acompanhamento dos Contratos. I.Hering, Fabiana Reginatto. II. Figueiró, Luana Alves. III. Título.

NLM WA 525

Catálogo na fonte – Centro de Informação e Documentação em Saúde / ESP / RS.

2022 Todos os direitos reservados à Secretaria da Saúde. Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte, sendo proibida as reproduções para fins comerciais.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

Departamento de Gestão da Atenção Especializada

Divisão de Contratualização de Ações e Serviços de Saúde

Borges de Medeiros, 1501. CEP: 90110-150. PORTO ALEGRE/RS

Tel: (51) 3288-5881 / (51) 3288-5970

E-mail: sescac@saude.rs.gov.br

Organização

Fabiana Reginatto Hering

Luana Alves Figueiró

Colaboradores da Versão Anterior

Ângela Marchiori

Anne Allyucha Godinho

Carina Rosa dos Santos

Cléia Ronilda Kovaski Cescani

Eliana Beatriz do Amaral Schenkel

Fabiana Reginatto Hering

Luana Alves Figueiró

Maurício Fernandes da Silva

Marcelo Thiesen

Matheus Madrid Moreira

Rosane dos Anjos Borges

Rosane Pereira Prato

Renata Sacco dos Anjos

Vandréia Machado Garcia

FIGURAS

Figura 1 - Blocos de financiamento dos recursos financeiros federais, RS, 2022	12
Figura 2 – Financiamento do Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), RS, 2022.	14
Figura 3 - Fluxo do processamento das informações para o DATASUS, RS, 2017.....	24
Figura 4 – Financiamento e forma de pagamento do contrato por orçamentação parcial, RS, 2017	31
Figura 5 - Relação entre os eixos estruturantes da PNHOSP, fator crítico, indicadores de resultado e indicadores de desempenho. (Consultoria EY), RS, 2022.....	42
Figura 6 - Sistema de Monitoramento das Comissões - DGAE, RS, 2022.....	48
Figura 7 - Financiamento e pagamento do contrato de orçamentação parcial dos Hospitais de Pequeno Porte - HPP, RS, 2017.	50

QUADROS

Quadro 1 - Exemplo das competências de avaliação pela Comissão, RS, 2022.	33
Quadro 2 - Cronograma das Reuniões da Comissão	34
Quadro 3 - Eixos da PNHOSP e os fatores críticos.	41
Quadro 4 - Indicadores e eixos da PNHOSP.....	42
Quadro 5 - Conceito de metas aceitáveis e metas almeçadas.	43
Quadro 6 - Cronograma de reuniões da Comissão e os modelos de relatório utilizados.....	47
Quadro 7 - Cronograma de reuniões da Comissão dos HPPs e os modelos de relatório utilizados.....	51

LISTA DE SIGLAS

AIH Autorização de Internação Hospitalar

APAC Documento de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade

BI Portal “Business Intelligence” de informações de saúde do Estado do Rio Grande do Sul

BPA Boletim de Produção Ambulatorial

CAC Comissão de Acompanhamento do contrato

CIB Comissão Intergestores Bipartite, instituída através da Portaria nº 545, de 20/05/1993.

Constitui-se em instância colegiada de pactuação consensual, com caráter deliberativo estadual, para definição das regras da gestão compartilhada do SUS

CIR Comissão Intergestores Regionais

CRS Coordenadoria Regional de Saúde da SES do estado do Rio Grande do Sul

DA Departamento Administrativo da SES do estado do Rio Grande do Sul

DGAE Departamento de Gestão da Atenção Especializada

DO Diário Oficial

FAEC Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FES Fundo Estadual de Saúde

FPO Ficha de Programação Orçamentária

GE Gestão Estadual

GM Gestão Municipal

MP Ministério Público

MS Ministério da Saúde

PGE Procuradoria Geral do Estado

PNHOSP Política Nacional de Atenção Hospitalar

PROADI Programa de Desenvolvimento Institucional

SCNES Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

SES Secretaria Estadual de Saúde

SIA Sistema de Informação Ambulatorial

SIAH Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar

SIGTAP Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM
(Órteses, próteses e materiais especiais) do SUS

SIH Sistema de Informações Hospitalares

SIHD Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

FIGURAS	5
QUADROS	6
SIGLAS SIGNIFICADO	7
APRESENTAÇÃO	12
FINANCIAMENTO DA SAÚDE	12
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	15
FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	15
CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - CNES	15
SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR – SIH/SUS	19
SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS – SIA	20
FLUXO DE TRABALHO DGAE/PROCESSAMENTO	24
CONTRATUALIZAÇÃO	25
MOVIMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO NA SES	25
ATOS ADMINISTRATIVOS NAS CONTRATAÇÕES	26
LICITAÇÕES PÚBLICAS	26
MODALIDADES DE LICITAÇÃO	27
DOCUMENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	27
CONTRATO NOVO:	27
TERMO ADITIVO:	28
INSTRUMENTOS CONTRATUAIS E MODALIDADES DE PAGAMENTOS	30
CONTRATO POR ORÇAMENTAÇÃO PARCIAL (VALOR GLOBAL)	30
REPASSES DOS RECURSOS FINANCEIROS	32
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	32
METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS	33
METODOLOGIA DO CÁLCULO DA AVALIAÇÃO DAS METAS QUALITATIVAS	40
AVALIAÇÃO POR INDICADORES	40
Pontuação dos Indicadores	44
Perfil Hospitalar	46
ENVIO DAS INFORMAÇÕES PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DOS CONTRATOS	47
PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO SINTÉTICO	48
CONTRATO DE ORÇAMENTAÇÃO PARCIAL – HPP	50

Monitoramento e Avaliação pela Comissão de Acompanhamento do Contrato na modalidade HPP _____	50
REFERÊNCIAS _____	52
ANEXO I – FICHA DOS INDICADORES _____	54
Densidade de incidência de infecção por Cateter Venoso Central (CVC) _____	54
Tempo Médio de Permanência Clínico _____	55
Tempo Médio de Permanência Cirúrgico _____	56
Tempo Médio de Permanência em UTI _____	57
Taxa de Ocupação Hospitalar _____	58
Taxa de Ocupação da UTI _____	59
Taxa de Mortalidade institucional _____	60
Taxa de partos cesarianos _____	61
Taxa de Infecção Hospitalar _____	62
Porcentual de profissionais do público-alvo treinados _____	63
Taxa de Cirurgias Eletivas _____	64
Taxa de Abordagem de possível doador (na EY é taxa de captação de órgãos=adaptar) _	65
Taxa de suspensão de agendas de consultas _____	66
ANEXO II – RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO E FINAL DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DO CONTRATO E PROGRAMA ASSISTIR _____	67
ANEXO III – RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO E FINAL DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DO CONTRATO COM OS INCENTIVOS ESTADUAIS ANTERIORES AO ASSISTIR _____	130
ANEXO IV – RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO E FINAL DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DO CONTRATO DO HOSPITAL DE PEQUENO PORTE - HPP _____	143

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) tem a satisfação de apresentar e disponibilizar a 2ª edição do Manual das Comissões de Acompanhamento dos Contratos (CACs) da SES/RS.

Esta Edição é o resultado do trabalho colaborativo dos servidores da Secretaria, que desde a 1ª edição participaram para fornecer conteúdo acessível a quem desempenha a função de acompanhar os instrumentos firmados com a Rede SUS no Rio Grande do Sul.

Com o objetivo de tornar o Manual ainda mais completo e eficiente no sentido de dar suporte às CACs, houve a inclusão de novos tópicos, aprofundamento das informações, explicação sobre a nova forma de financiamento da saúde, novo modelo de contratação da rede assistencial utilizado pela SES, divisão dos hospitais por *clusters*, metodologia de cálculo para aferir as metas quantitativas, padronização de indicadores a serem utilizados em hospitais com mesmo perfil assistencial, avaliação por indicadores em substituição das metas qualitativas, bem como atualização da jurisprudência que trata da contratação nos entes públicos.

Ademais, o sistema de monitoramento e avaliação, no qual são inseridas as pontuações atingidas pelos prestadores, também está remodelado, atendendo a nova forma de avaliação proposta pela SES/RS.

Esperamos que nesta edição, possamos disponibilizar uma orientação acessível e que possibilite promover o monitoramento do bom uso do recurso público.

FINANCIAMENTO DA SAÚDE

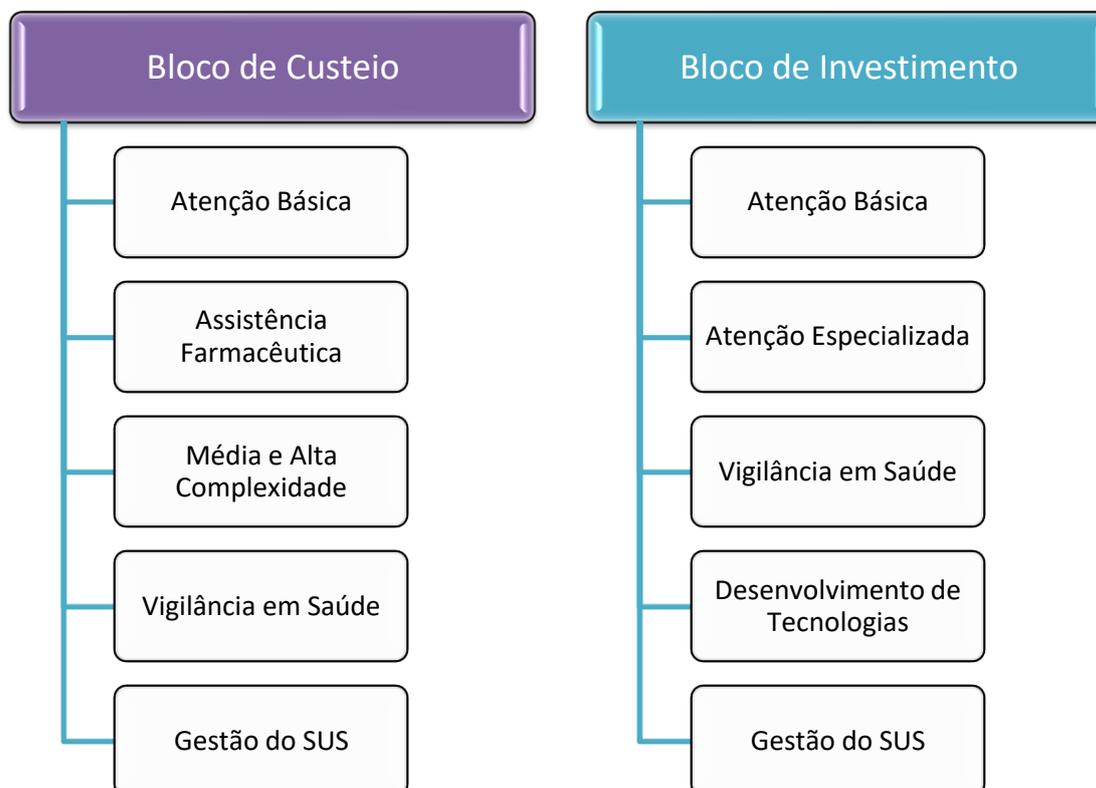
De acordo com a Portaria MS/GM nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos através de dois blocos de financiamento (Figura 1):

- I – Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde;
- II – Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, fundo a fundo, em conta única para cada bloco de financiamento.

Para fins de transparência, registro de série histórica e monitoramento, o FNS informa as transferências de recursos federais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o custeio e investimento de ações e serviços públicos de saúde, organizando-as e identificando-as por grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação, tais como:

Figura 1 - Blocos de financiamento dos recursos financeiros federais



Fonte: Elaboração própria (2022)

O Grupo da Atenção Básica, referente ao Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, é transferido aos municípios, do Fundo Nacional da Saúde ao Fundo Municipal da Saúde, para financiamento de ações de atenção básica à saúde (Estratégia de saúde da família, agentes comunitários de saúde, saúde bucal, entre outros).

O Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), referente ao Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Figura 2), é transferido aos Estados, do Fundo Nacional da Saúde para o Fundo Estadual da Saúde. É destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos federais (Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos - IAC, Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS, entre outros), transferidos mensalmente. O Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar está organizado em Componentes e Ações/Serviços/Estratégias, onde encontramos o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, que é composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

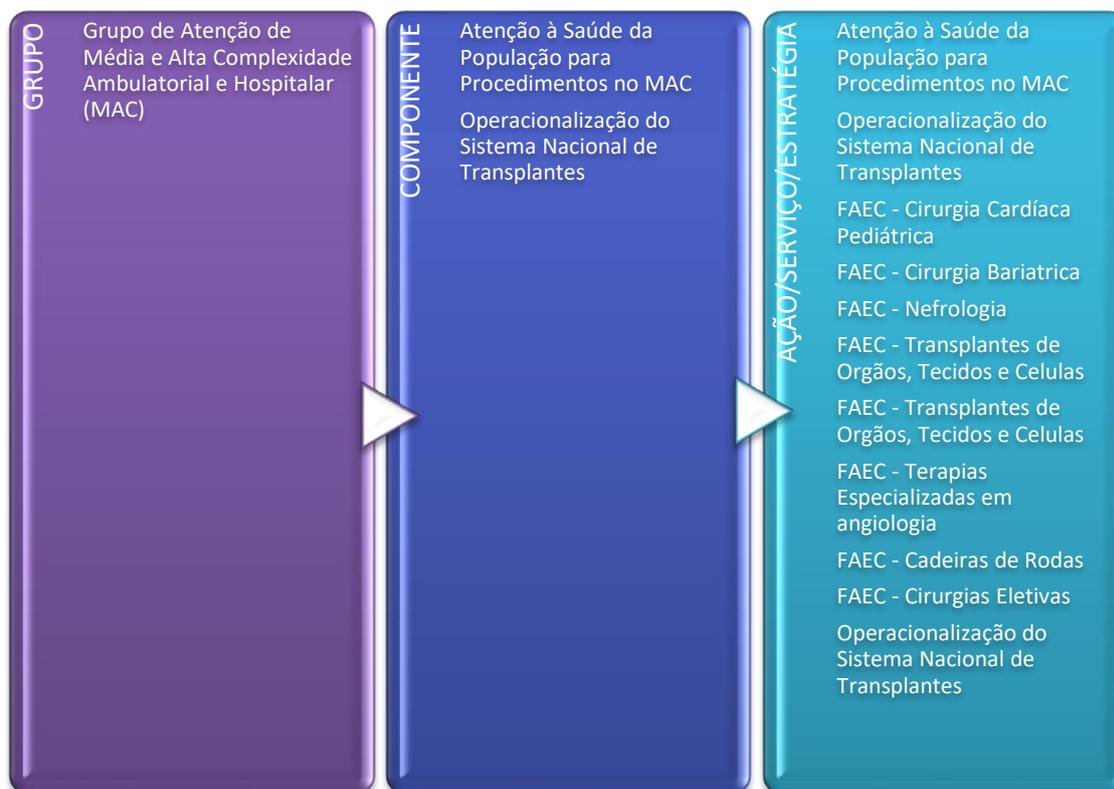
I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC;

II - transplantes e procedimentos vinculados;

III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; e

IV - novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.

Figura 2 – Financiamento do Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC)



Fonte: Elaboração própria (2022).

O Estado do Rio Grande do Sul encontra-se com a gestão de seus serviços de saúde desde setembro de 2003. Em conformação com o processo de descentralização dos serviços de saúde, muitos municípios já assumiram a gestão de serviços localizados em seu território. Nesse sentido, são responsáveis pelo faturamento, contrato, monitoramento/fiscalização dos prestadores de saúde pactuados.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A ficha de programação orçamentária - FPO deve refletir exatamente o contrato do prestador. A atualização da FPO se dará somente a cada novo contrato ou Termo Aditivo que altere os quantitativos físicos/financeiros.

Quando os procedimentos estiverem no contrato por forma de organização, não ocorrerão compensações entre as outras formas, respeitando os procedimentos contratados (demonstrado como forma de organização ou no próprio procedimento). O objetivo é que o prestador realize os procedimentos que o Estado contratou e não faça somente o que lhe é mais interessante.

Nos casos em que a Comissão de Acompanhamento do Contrato - CAC pactuar metas a maior na competência para recuperar metas não realizadas dos meses anteriores, pode ser alterada a FPO, respeitando o valor anual do contrato, no qual não deverá ser extrapolado.

Caso o prestador não tenha seu contrato vigente, a FPO do contrato anterior permanecerá sem alterações até a formalização do novo instrumento.

O DGAE emitiu Memorando nº 31/2016 na qual, serviços que não geram novos custos ou migrações de serviços entre unidades de saúde, sendo apenas para registro de produção (ex: CAPS), deverão ser encaminhados por processo administrativo com justificativa para análise do pleito pela direção do DGAE. Esse caso aplica-se também aos estabelecimentos que são municipais e querem alterar o CNES para gestão dupla.

A FPO dos estabelecimentos com gestão dupla deverá permanecer inalterada e as CRS deverão avaliar esses estabelecimentos quanto ao acesso (regulação), produção, necessidades para a região.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - CNES

O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS nº 376/2000 e Portaria nº 1.646, DE 2 de outubro de 2015. Acessando-

se o site nacional do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>), poderá ser consultada toda a legislação relacionada ao assunto.

No mesmo sítio eletrônico, encontram-se normas específicas como a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto; Portaria nº 2.073/GM/MS, de 31 de agosto de 2011, que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar, e outras Portarias relacionadas.

Baseados nesta última Portaria Nº 1.646, de 2 de outubro de 2015, foram estabelecidos: significados, conceitos, finalidades, responsabilidades e competências.

O CNES se constitui como documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente da natureza jurídica ou de integrem o Sistema Único de Saúde (SUS), e possui as seguintes finalidades:

I - cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços;

II - disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação;

III - ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento;

IV - fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios.

O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são obrigatórios para que todo e qualquer estabelecimento de saúde possa funcionar em território nacional, devendo preceder aos licenciamentos necessários ao exercício de suas atividades, bem como às suas renovações.

O CNES é a fonte de informações oficial sobre estabelecimentos de saúde no país, devendo ser adotado por todo e qualquer sistema de informação que utilize dados de seu escopo e ser utilizado como fonte para todas as políticas nacionais de saúde.

Deverão ser adotados no CNES padrões reconhecidos pela comunidade internacional e aderentes às legislações vigentes, permitindo ofertar meios de pesquisa e comparabilidade em nível global. Seguindo a mesma fonte, temos que para cumprir suas finalidades utiliza-se dos conceitos estabelecidos na mesma Portaria.

Para efeito da Portaria considera-se:

I - cadastramento: ato de inserir pela primeira vez os dados conformados no modelo de informação do CNES, em aplicativo informatizado ou por meio de "webservice", com vistas à alimentação da base de dados nacional do CNES;

II - estabelecimento de saúde: espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica;

III - manutenção ou atualização de cadastro: ato de alterar os dados cadastrais de um estabelecimento de saúde previamente inseridos no aplicativo informatizado ou por meio de "webservice", ou reafirmar que seus dados não sofreram mudanças;

IV - responsável administrativo: pessoa física proprietária ou competente para administrar ou gerenciar um estabelecimento de saúde

V - responsável técnico: pessoa física legalmente habilitada a responder tecnicamente, dentro de seu escopo de atuação profissional, por ações e serviços de saúde realizados em um estabelecimento de saúde. As responsabilidades dos estabelecimentos, profissionais e competências dos entes federados, gestores, em relação ao CNES também estão descritas na Portaria.

O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são de responsabilidade de cada estabelecimento de saúde, através de seus responsáveis técnicos ou responsáveis administrativos.

Os profissionais de saúde são corresponsáveis pelos seus dados cadastrais inseridos no CNES, devendo zelar pela correta informação, comunicando aos respectivos responsáveis pelo cadastramento toda e qualquer mudança de situação relativa a si.

Como responsabilidades e competências de todas as esferas de direção do SUS, em relação ao CNES, podemos destacar de forma resumida:

- Subsidiar e apoiar a implantação e a manutenção do CNES de acordo com o escopo de seu território e hierarquia: Nacional, estadual e municipal, cabendo especificamente e exclusivamente a direção nacional do SUS dispor sobre as terminologias e classificações necessárias para o cadastramento de estabelecimentos de saúde;

- realizar as ações necessárias para a correção de inconformidades cadastrais detectadas por órgãos de controle ou pelo poder judiciário e cuja correção não fora adotada pelo estabelecimento de saúde ou por outra esfera de direção do SUS;

- elaborar e manter os aplicativos computacionais, serviços de internet, portais e bancos de dados necessários para suportar o sistema de informação do CNES; e

- dispor sobre os padrões de comunicação e interoperabilidade dos aplicativos e bancos de dados utilizados no CNES.

O processo de cadastramento e manutenção ou atualização cadastral proposto para os estabelecimentos de saúde é feito totalmente em meio eletrônico, em periodicidade minimamente mensal ou imediatamente após sofrerem modificações de suas informações, através de aplicativos computacionais ou serviços de internet ("webservices") disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

O Manual do CNES está disponível no site (<http://cnes.datasus.gov.br/pages/acesso-rapido/cronograma.jsp>) idêntico para todas as esferas de gestão da saúde no SUS. Os municípios em todo país, assim como no estado, tem seus gestores municipais que transmitem os CNES pertencentes a sua esfera de gestão. Para atender todo estado as CRS (Coordenadorias Regionais de Saúde) designam técnicos do CNES que atendem diretamente seus municípios.

Visando minimizar as ocorrências de problemas por erros e desatualização que impactam em prejuízos de processamento e registro de atendimentos, prejudicando a regulação e contratualização que dependem da informação da produção na área da saúde, tanto ambulatorial quanto hospitalar, é estabelecido entre as CRS e o nível central da Secretaria de Saúde do Estado um processo de atualização semanal de acordo com cronograma mensal do Ministério. Os ajustes e correções de bases sempre devem estar de

acordo com as Portarias que definem as críticas e regras implementadas no CNES pelo MS, disponibilizado no site de acordo com as versões do programa (<http://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/documentacao.jsp>/ Leia-me da versão).

O Memorando Circular nº 31/2016, orienta que qualquer alteração no CNES para inclusão de novos estabelecimentos ou para alterações dos existentes que venham a gerar impacto financeiro para o grupo de Média e Alta Complexidade - MAC do Estado deve ser solicitado por processo administrativo para análise do DGAE.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR – SIH/SUS

A partir da regulamentação do SUS (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90), o Ministério da Saúde (antigo INAMPS) implantou o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), seguindo a normativa estabelecida pela Portaria GM/MS nº 896/1990.

A Norma Operacional Básica (NOB) – SUS 01/93 instituiu que o custeio do financiamento hospitalar deveria ser operacionalizado através do sistema de informações hospitalares (SIH/SUS).

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro utilizado por todos os gestores e prestadores de serviços SUS e tem como característica a proposta de pagamento por valores aprovados dos procedimentos médico hospitalares onde estão inseridos os materiais que devem ser utilizados, os procedimentos que são realizados, os profissionais de saúde envolvidos e estrutura de hotelaria.

Os sistemas que registram o atendimento nos pacientes internados são:

1. SISAIH01 (Sistema de Captação da Internação): Programa de Apoio à Entrada de Dados das Autorizações de Internação Hospitalar): utilizado pelo estabelecimento de saúde, onde ocorre o atendimento ao paciente, para digitar os dados da AIH.

2. SIHD2 (Sistema de Informação Hospitalar): Este sistema é de uso dos gestores (Secretarias Estaduais ou Municipais) para processar a produção de todos os estabelecimentos sob sua gestão.

Neste sistema é importado o arquivo exportado do Sisaih01 por cada estabelecimento. O sistema faz a validação das regras do Ministério da Saúde para aprovação da AIH. São processados os registros do atendimento do paciente internado, que são enviados ao Ministério da Saúde para compor o Banco de Dados Nacional a partir do qual são disseminadas as informações no TabWin/Tabnet. A partir de critérios pré-estabelecidos pelo gestor uma amostra de AIHs é bloqueada para auditoria e são liberadas conforme prazo e parecer final de auditoria. Os valores aprovados são utilizados como referência para pagamento dos prestadores que recebem valores por produção.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS – SIA

O SIA foi implantado nacionalmente para ser um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

Por ser um sistema padronizado em âmbito nacional, constitui-se em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal do SUS. Desde sua implantação tem como finalidade registrar os atendimentos e tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial.

Seu processamento ocorre de forma descentralizada, ou seja, os gestores de cada estado e município poderiam a princípio cadastrar programar e processar a produção dos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo com a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

O SIA além de ser um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial, também subsidia os processos da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, fornece informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução dos gastos referentes à assistência ambulatorial e oferece subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde.

O processo completo do processamento é composto pelas fases de: entradas, módulo de processamento, saídas e disseminação da informação ambulatorial. Com as entradas e saídas definidas, são enumerados os módulos que executarão as rotinas e processos que irão dar tratamento aos dados, consistindo-os, validando-os, agregando-os e permitindo a produção das informações desejadas.

ENTRADAS

1. **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP):** sistema que gerencia a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e que contém todos os procedimentos, atributos e regras que possibilitam o processamento da produção ambulatorial, através do SIA, assim como a captação do atendimento ambulatorial, através dos aplicativos BPA-Mag, APAC-Mag e RAAS. Essa tabela é inserida no processamento da produção ambulatorial, por meio da publicação mensal do pacote de tabelas BDSIA que tem que ser atualizada mensalmente nos sistemas e aplicativos.

2. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES):** é o documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país. O SIA desde sua implantação tinha cadastro de prestadores próprios, no entanto, com o advento do CNES, o cadastro dos estabelecimentos de saúde foi unificado por meio do CNES, sendo utilizado seu aplicativo próprio ou serviços na internet (webservices) para sua alimentação.

3. **Ficha de Programação Orçamentária Magnética (FPO-Mag):** é o aplicativo que possibilita ao gestor local registrar a programação física orçamentária ambulatorial, de cada estabelecimento de saúde, que presta atendimento ao SUS. A programação deve estar coerente com a PPI e baseada em contrato/convênio com o SUS. Esse aplicativo tem como principais funcionalidades:

- Permitir o registro da programação físico orçamentária por grupo, subgrupo, forma de organização e/ou procedimento;

- Possibilitar ao gestor local informar o limite financeiro por tipo de financiamento (PAB, MAC e FAEC);
- Possibilitar ao gestor local informar valores a maior para os procedimentos, tendo como base a tabela de referência do SUS;
- Permitir importação e exportação de dados.

4. **BPA-Mag e APAC-Mag:** são aplicativos de captação do atendimento ambulatorial que permitem ao prestador de serviço vinculado ao SUS, registrar o atendimento realizado no estabelecimento de saúde, em regime ambulatorial.

PROCESSAMENTO

A partir da tabela de procedimentos e valores importados do SIGTAP, o SIA executa o tratamento desses dados que são utilizados como entrada para todos os módulos dos sistemas que usam tais informações.

O SIA também excuta o tratamento dos dados de orçamento de cada prestador importados do FPO-Mag criando no sistema a ficha orçamentária que será confrontada com a produção apresentada.

A partir da informação de produção ambulatorial importada (BPA e APAC) no SIA, o Módulo de Processamento utiliza como base para validação e consistência: o cadastro dos estabelecimentos de saúde; a programação física orçamentária; a tabela de procedimentos do SUS e as críticas simples e cruzadas definidas pelo MS, visando à execução das funções de conferências e consolidação da produção ambulatorial apresentada pelos estabelecimentos de saúde.

O Cálculo do Valor Bruto efetua funções que irão gerar os valores brutos de produção de cada estabelecimento de saúde. O cálculo é realizado tendo como base a produção ambulatorial, validada e consistida pelo Processamento, e os valores orçamentários definidos nos módulos de orçamento e na tabela de procedimentos do SUS.

Podem ser lançados os Boletins de Diferença de Pagamento (BDP) para o prestador, caso haja esta demanda de desconto financeiro pelo gestor. Esta diferença de pagamento irá impactar no cálculo final de crédito do prestador de serviço vinculado ao SUS.

SAÍDAS

Após o processamento das informações ambulatoriais, o SIA fornece como produtos de saída, importantes relatórios que são utilizados para diversos fins. Estes relatórios podem ser classificados em:

- Relatórios de Acompanhamento da Programação Físico Orçamentária;
- Relatórios de Produção;
- Relatórios Financeiros e para Pagamento.

DISSEMINAÇÃO

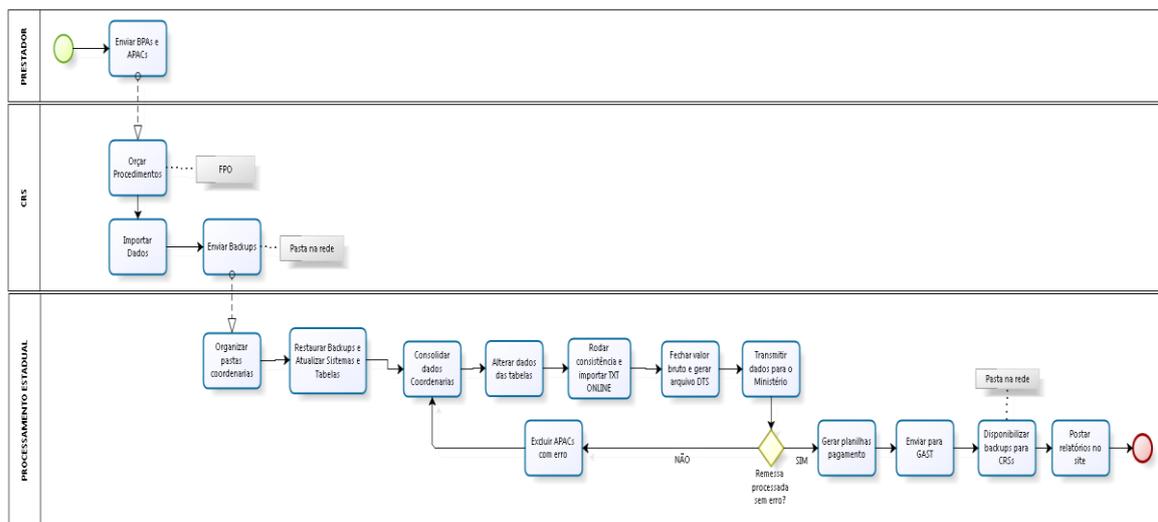
As informações processadas no SIA são encaminhadas, pelas secretarias estaduais e municipais de saúde ao DATASUS/RJ, para alimentar o Banco de Dados Nacional do SIA, cabendo a esse, efetuar a validação desses bancos de dados e realizar a disseminação das informações. A disseminação das informações ambulatoriais ocorre através de três instrumentos:

- **TABNET:** Instrumento online tabulador de diversas informações de saúde. Há um módulo específico desta ferramenta na página do DATASUS para consulta da produção ambulatorial.
- **TABWIN:** Aplicativo tabulador de informações de saúde para Windows. Todos os arquivos de configuração (DEF/CNV) e de produção (PA) necessários para que o Tabwin consulte a produção ambulatorial estão disponíveis no site do DATASUS. Quando esta ferramenta é utilizada para este fim é também denominada TABSIA.

FLUXO DE TRABALHO DGAE/PROCESSAMENTO

Na imagem da Figura 3 será mostrado, em forma de fluxograma, o processo de trabalho a partir da entrega das produções dos prestadores até a conclusão da planilha de pagamento enviada ao setor responsável pelo repasse dos valores aos prestadores e a postagem dos relatórios no site da saúde.

Figura 3 - Fluxo do processamento das informações para o DATASUS



CONTRATUALIZAÇÃO

A Contratualização da rede hospitalar é regida pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28/07/2017, que instituiu a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, Capítulo II - Das Políticas de Organização da Atenção à Saúde, Seção I - Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde, Art. 6º - inciso IV, Anexo XXIV (pag. 142 a 145), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28/07/2017, que instituiu a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, Anexo 2 do Anexo XXIV (pag. 148 à 150), na qual estabelece as diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do SUS. Os recursos referentes às ações e serviços contratados estão contemplados no Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, no grupo da Atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar – MAC.

A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e os hospitais integrantes da rede do SUS através de compromissos estabelecidos entre as partes, proporcionando a qualificação da assistência e da gestão hospitalar, assim como a transparência aos órgãos de controle. Pressupõe a definição de demandas e objetivos, metas qualitativas e quantitativas, obrigações e responsabilidades de cada parte envolvida, bem como a definição de critérios e instrumentos de monitoramento e avaliação de resultados.

Traz como vantagens a possibilidade de programação orçamentária e financeira, facilita os processos de avaliação, controle, regulação dos serviços, transparência na relação gestores do SUS/hospitais, contextualização da instituição nas redes de serviços de saúde e ampliação do controle social.

MOVIMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO NA SES

Os serviços sob gestão estadual, no período anterior à Portaria de Contratualização dos hospitais filantrópicos de 2005, em sua maioria não possuíam contratos com a SES, cada prestador tinha aberta a Ficha de Programação Orçamentária (FPO) na qual eram estipulados os tetos físicos e financeiros e cada prestador apresentava sua produção para ser processada, aprovada e paga. Com o início da contratualização o Estado começou a

regularizar o vínculo com seus prestadores de serviços do SUS. Com isso, desencadeou o processo de contratação dos serviços ambulatoriais com base na Lei Federal nº 8.666, com minutas padrões e com forma de pagamento pós-fixada, ou seja, o pagamento é realizado conforme a produção processada e aprovada. Todos os serviços de saúde ambulatoriais privados com fins lucrativos entraram nessa modalidade de contratação e pagamento. Os hospitais filantrópicos possuíam diferentes modos de contratação, de acordo com o seu perfil, sendo adotados modelos de orçamentação parcial, por produção e HPP.

Atualmente, os hospitais possuem minuta contratual padronizada, com pagamento no modelo de orçamentação parcial, onde os procedimentos MAC - média complexidade são pagos de maneira pré-fixada e os com financiamento MAC- alta complexidade e FAEC são pagos de maneira pós-fixada.

As pactuações de ações e serviços de saúde iniciam-se em nível regional, na qual a Coordenadoria de Saúde, o gestor municipal do SUS e representante do hospital, pactuam as metas quantitativas dos procedimentos, com base na série histórica dos últimos doze meses, conforme perfil assistencial do hospital, infra-estrutura tecnológica, capacidade instalada, necessidades e parâmetros de saúde.

Após a formalização do documento descritivo este é validado pelo DGAE e tramita na SES por diversos departamentos até sua publicação no Diário Oficial do Estado.

ATOS ADMINISTRATIVOS NAS CONTRATAÇÕES

LICITAÇÕES PÚBLICAS

A licitação é um processo na administração pública para contratação de serviços. É publicado um certame, na qual abre a disputa para os prestadores interessados. Possui critérios objetivos e visa conseguir a proposta mais vantajosa e tratamento isonômico entre os licitantes.

Sempre que existir a viabilidade de competição, deve haver um processo licitatório, no entanto há situações que o gestor tem a possibilidade de contratar sem que haja a licitação. Tal situação é caracterizada como dispensa ou de inexigibilidade de licitação.

A inexigibilidade ocorre quando não há competição entre os prestadores. Nas contratações da área da saúde, se aplicam a essa modalidade os hospitais que ofertam serviços

ao SUS, sendo únicos no município. No caso de mais de um hospital no território, justifica-se quando os prestadores oferecem serviços distintos, possuindo habilitações diferentes, ou possuindo equipe técnica especializada com alta especialização.

Somente o ordenador de despesa tem competência para autorizar dispensa ou inexigibilidade de licitação, devendo tal ato ser ratificado pela autoridade à qual está subordinado.

MODALIDADES DE LICITAÇÃO

Conforme o disposto na Lei nº 14.133/2021 que trata das Licitações e Contratos Administrativos, as modalidades de licitações são:

- I - Pregão;
- II - Concorrência;
- III - Concurso;
- IV - Leilão;
- V - Diálogo competitivo.

A legislação que embasa o assunto é a Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências, e a Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021 - Lei de Licitações e Contratos Administrativos.

DOCUMENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

Para a formalização do contrato são necessárias as seguintes documentações:

CONTRATO NOVO:

1. Cópia autenticada da carteira de identidade do representante legal do serviço contratado, contendo o CPF;
2. Habilitação legal específica do responsável técnico no respectivo Conselho Federal e/ou Conselho Regional Profissional;

3. Cópia autenticada do ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor/ata;
4. Cópia autenticada do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ou cópia da Portaria que prorroga a validade do CEBAS ou cópia da Lei que reconhece a utilidade pública da União, do Estado ou Município, se for o caso;
5. Alvará de funcionamento do estabelecimento (localização) válido;
6. Ficha do CNES atualizada, contendo a comprovação da capacidade instalada e capacidade de atendimento – Ficha reduzida;
7. Cópia do Alvará Sanitário válido;
8. Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) do Ministério da Fazenda;
9. Comprovante de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional;
10. Comprovante de regularidade fiscal junto a Fazenda Estadual do RS
11. Comprovante de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal da sede do prestador;
12. Comprovante de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
13. Comprovante de inexistência de débitos perante a Justiça do Trabalho ou Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas;
14. Declaração ISSQN indicando a alíquota incidente sobre o serviço, com indicação da base legal do município. Se beneficiário de redução da base de cálculo, imunidade ou isenção, ou se reveste de característica especial em que fica dispensada a retenção do ISSQN.
15. Proposta de Documento Descritivo;
16. Ata do Conselho Municipal de Saúde aprovando a contratação do serviço;
17. CIR com as referências e serviços pactuados.
18. Declaração do Prefeito como único hospital no município.
19. Rateio, se for o caso ou declaração dos serviços executados pelos prestadores que justifiquem a não competitividade entre eles.

TERMO ADITIVO:

1. Comprovante de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional;
2. Comprovante de regularidade fiscal junto a Fazenda Estadual do RS

3. Comprovante de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal da sede do prestador;
4. Comprovante de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
5. Comprovante de inexistência de débitos perante a Justiça do Trabalho ou Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas;
6. Cópia do Alvará Sanitário válido;
7. Alvará de funcionamento do estabelecimento (localização) válido;

INSTRUMENTOS CONTRATUAIS E MODALIDADES DE PAGAMENTOS

Os estabelecimentos hospitalares, públicos, privados com e sem fins lucrativos, são contratualizados de acordo com o perfil do hospital, com base nas Portaria de Consolidação nº 2, de 28/07/2017, Anexo 2 do Anexo XXIV (pag. 148 a 150), Portaria MS/GM nº 1.044/2004 e Lei 8.666/1993.

Com o advento da Portarias MS/GM nº 3.410/2013, foi realizado movimento para que os prestadores que se enquadrassem nos critérios da Portaria sendo financiados por um modelo único, que é de orçamentação parcial. Atualmente a SES está realizando a contratualização dos seus prestadores hospitalares com financiamento nos seguintes modelos: orçamentação parcial (valor global) e HPP.

Esse modelo de financiamento é composto por uma parte pré-fixada e outra pós fixada, permitindo que o prestador tenha uma parte dos recursos provisionada, na qual auxilia os processos de gestão hospitalar, pois há o conhecimento antecipado de parte dos recursos.

CONTRATO POR ORÇAMENTAÇÃO PARCIAL (VALOR GLOBAL)

Esse modelo de contratualização, conforme Portaria de Consolidação nº 02, Anexo 2 do Anexo XXIV, de 28 de setembro de 2017, se aplica aos hospitais públicos e privados com fins lucrativos com mínimo de 50 leitos operacionais e privados sem fins lucrativos com mínimo de 30 leitos operacionais, sendo 25 destinados ao SUS.

Neste modelo de contratualização, o financiamento dos procedimentos advém do bloco MAC, e contém o Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e o Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

No Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), constam os procedimentos de média complexidade hospitalar e ambulatorial que são pagos de forma pré-fixada (pagamento antecipado à apresentação da produção e posterior controle e avaliação), conforme contrato, os procedimentos de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, na qual o pagamento ocorre de

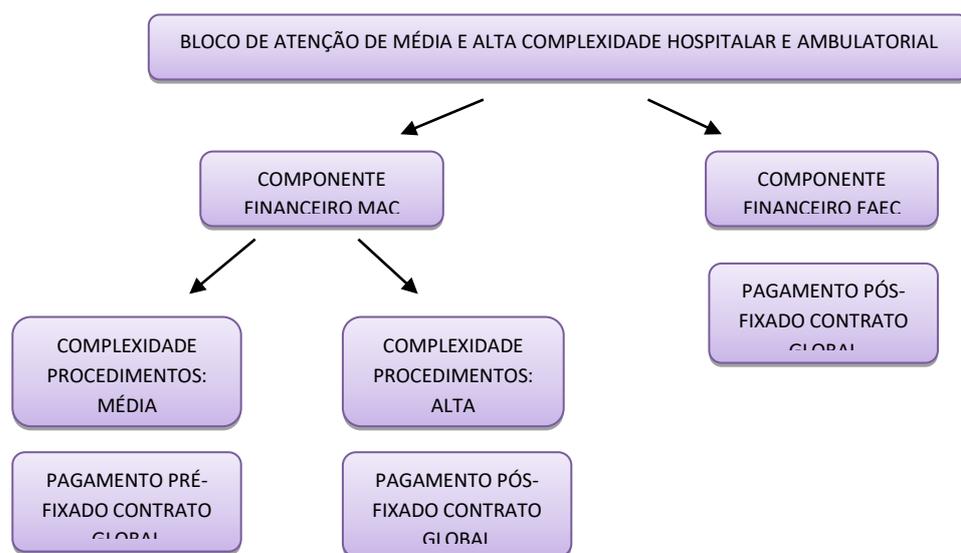
forma pós-fixada e os incentivos federais que são pagos de forma pré-fixada, conforme Figura 4.

O componente pré-fixado do contrato é composto pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos 12 meses anteriores à celebração do contrato e por todos incentivos de fonte federal (Pela Portaria 3410/2013 deveriam incluir este componente os incentivos estaduais, porém a SES ainda não considera neste componente seus incentivos).

Tanto na internação quanto no ambulatório do hospital, poderá ocorrer oscilações nos quantitativos de procedimentos realizados, considerando as sazonalidades dos atendimentos, porém o valor pago para os procedimentos de média complexidade são os valores informados no contrato, com pagamento fixo mensal.

O instrumento formal de contratualização é composto por duas partes indissociáveis: o termo do instrumento formal, respeitadas as legislações pertinentes, com as cláusulas de obrigações, recursos financeiros, direitos, vigência, penalidades, entre outras, e o documento descritivo, que contém a definição de todas as ações e serviços de saúde, as metas qualitativas e quantitativas, a descrição da estrutura física, tecnológica e de recursos humanos, definição de indicadores para avaliação de desempenho e a definição dos recursos e suas respectivas fontes.

Figura 4 – Financiamento e forma de pagamento do contrato por orçamentação parcial



Fonte: Elaboração própria (2017)

REPASSES DOS RECURSOS FINANCEIROS

O repasse dos recursos financeiros é realizado de maneira regular, conforme estabelecido nos atos normativos e no instrumento de contratualização, sendo condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no documento descritivo.

O valor pré-fixado dos recursos do documento descritivo é repassado mensalmente da seguinte forma: 40% condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e 60% condicionados ao cumprimento das metas quantitativas.

O pagamento dos valores a serem recebidos pelo hospital referente ao componente pré-fixado (MAC - média e Incentivos Federais) são repassados de forma antecipada com posterior avaliação das metas, já os procedimentos de alta complexidade - MAC e os procedimentos com financiamento FAEC são repassados após a aprovação da produção nos sistemas do DATASUS.

Os valores contidos no instrumento contratual têm sua eficácia financeira a contar da publicação do contrato no Diário Oficial do Estado. Com isso alterações de valores realizados nos instrumentos publicados são repassados de forma proporcional aos dias de vigência de cada um.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e avaliação poderão ser executados por meio de sistemas de informações oficiais e visitas “in loco”.

Conforme a Portaria de Consolidação nº 02, Anexo 2 do Anexo XXIV, de 28 de setembro de 2017, o ente contratante instituirá a Comissão de Acompanhamento da Contratualização, na qual monitorará a execução das ações e serviços de saúde pactuados no documento descritivo, assim como nas cláusulas contratuais.

METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS

A avaliação das metas quantitativas do contrato reflete em 60% do valor pré-fixado do financiamento MAC, média complexidade hospitalar e ambulatorial, acrescentado dos incentivos federais, conforme exposto na Portaria de Consolidação nº 02, Anexo 2 do Anexo XXIV, de 28 de setembro de 2017.

A Comissão de Acompanhamento dos Contratos irá avaliar as instituições com a finalidade de acompanhar o desempenho da execução dos contratos pelos prestadores de saúde contratualizados.

A avaliação das metas será realizada com base na totalidade da meta anual dos quantitativos contratados do componente pré-fixado ambulatorial e hospitalar estabelecidos no contrato, sendo avaliados em blocos distintos, ou seja, os procedimentos da área hospitalar avaliados em separado dos procedimentos da área ambulatorial.

O cumprimento da meta se dará pela **soma das metas de produção aprovada mensais** e não mais pela avaliação trimestral, conforme Quadro 1.

$$\frac{SOMA DAS METAS MENSAS PRODUZIDAS NO PERÍODO DE 12 MESES}{SOMA DAS METAS MENSAS CONTRATADAS NO PERÍODO DE 12 MESES}$$

Quadro 1 - Exemplo das competências de avaliação pela Comissão

QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO												META FÍSICA ANUAL DO CONTRATO	META FÍSICA ATINGIDA CAC
JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ		
16	25	53	80	140	150	160	50	35	46	30	40	800	825

Fonte: Elaboração própria (2022)

A meta contratual mensal deve ser somada e, caso tenham termos aditivos publicados que alterem a meta quantitativa, deve-se utilizar sempre a vigente na competência.

No mês de avaliação que constar dois instrumentos contratuais (dois contratos ou um contrato e um termo aditivo), deverá ser realizada a proporcionalidade dos quantitativos físicos de acordo com a vigência de cada instrumento.

Exemplo: Na competência agosto de 2021 o 1º TA tem contratado 20 cirurgias do grupo 0408 e no dia 20 de agosto de 2021 publica-se um 2º TA com 30 cirurgias do grupo 0408, para cálculo da meta contratada na competência agosto de 2021 deverá 19 dias com 20 cirurgias mensais e 11 dias com 30 cirurgias mensais:

Meta cirurgia = $(20 \text{ cirurg} \times 19 \text{ dias}/30 \text{ dias}) + (20 \text{ cirurg} \times 11 \text{ dias}/30 \text{ dias}) = 24 \text{ cirurg}$

As reuniões de avaliação da CAC seguirão conforme cronograma abaixo (Quadro 2), tendo como avaliação o período de janeiro a dezembro. A análise do período anual possibilita a compensação da produção nos períodos de menor atendimento com período de maior movimentação.

Quadro 2 - Cronograma das Reuniões da Comissão

CRONOGRAMA ANUAL	MÊS DE AVALIAÇÃO	MÊS DE APLICAÇÃO DO DESCONTO
Reunião Maio	Janeiro a Março	Maio do próximo ano
Reunião Agosto	Janeiro a Junho	
Reunião Novembro	Janeiro a Setembro	
Reunião Março	Janeiro a Dezembro	

Fonte: Elaboração própria (2022)

A reunião da competência Maio, Agosto e Novembro servirá para avaliação do desempenho do prestador e criação de estratégias para que as metas sejam alcançadas. Poderá a CAC sugerir mutirões ou outras alternativas para o cumprimento do quantitativo contrato. Recomenda-se a utilização de planejamento estratégico.

Os hospitais que recebem o incentivo do ASSISTIR também terão avaliados os tipos de serviços habilitados através do Relatório Padrão de Monitoramento e Avaliação do ASSISTIR pelas Comissões de Acompanhamento dos Contratos. Esse relatório é parte integrante do relatório padrão da CAC, na parte dos incentivos estaduais, conforme Anexo II.

Devido aos diversos "Tipos de Serviços" previstos no Programa ASSISTIR, o relatório contém todos os itens passíveis de avaliação do Programa. As CACs podem realizar a supressão dos tópicos referentes aos serviços na qual o prestador não está habilitado.

No caso dos hospitais que não recebem incentivos no programa ASSISTIR, esses deverão ser avaliados através do relatório da CAC constante no Anexo III.

O relatório **não poderá ter sua estrutura alterada** para envio ao DGAE, exceto na parte do relatório do ASSISTIR, conforme informado acima. Todos os documentos gerados para acompanhamento do prestador deverão ser armazenados na CRS, sendo a remessa obrigatória apenas do relatório da CAC.

Os dados utilizados para avaliação hospitalar e ambulatorial do prestador devem ter por base a produção aprovada MAC - Média Complexidade do DATASUS visto que são esses procedimentos juntamente com os incentivos federais, que compõem o componente pré-fixado.

Para fins de monitoramento e avaliação deverá ser utilizado o período de processamento das AIHs, pois assim, são considerados os bloqueios e liberações que ocorrem no período.

A avaliação quantitativa utilizada se dá pela soma de todos os procedimentos MAC – média complexidade na área de internação e todos os procedimentos MAC – média complexidade na área ambulatorial, separadamente.

Mesmo sendo somente o quantitativo total do bloco hospitalar e do bloco ambulatorial informados no relatório da CAC, **deverão ser avaliados todos os itens contratados de maneira pontual.**

É função da Comissão avaliar o contrato com o prestador de maneira global, sendo as cláusulas constantes na minuta, quanto aos procedimentos contratados no documento descritivo.

Para isso sugerimos que as CRS acompanhem em planilha os itens contratualizados de forma mensal, até que a SES tenha essa avaliação no sistema SIGAH de maneira automatizada. Salientamos que no relatório deve constar apenas os totais mensais do bloco da internação e do bloco ambulatorial.

Na área hospitalar, as cirurgias eletivas que são amparadas por legislações federais de habilitações ou por legislação estadual do Programa ASSISTIR **não poderão ter compensações com as demais internações ou cirurgias.**

As cirurgias realizadas em caráter de urgência poderão ser compensadas com as internações clínicas.

Ressaltamos a necessidade de os prestadores registrarem as internações clínicas e cirúrgicas com o caráter de atendimento correto pois no cálculo das avaliações do Programa ASSISTIR serão computados os procedimentos com caráter eletivo.

Na área ambulatorial, os procedimentos diagnósticos e consultas amparados por habilitações federais e pelo Programa ASSISTIR, assim como as demais consultas médicas contratadas, **não poderão ser compensados com os demais procedimentos**, devendo ter sua meta anual total executada.

Se aplicam aos procedimentos que **deverão ser executados na totalidade anual** do contrato o grupo de análises clínicas, radiologia, mamografia, citologia e biópsias, ultrassonografias, endoscopias e as consultas.

Esses procedimentos representam o acesso ao usuário no SUS através da regulação estadual e ao diagnóstico necessário nas especialidades demandadas, dentro da linha de cuidado.

Caso o prestador não atinja pelo menos 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados, deverá ter o Documento Descritivo revisado, ajustando-os de forma a reduzir as metas e os valores dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do gestor local.

Na última reunião da CAC que ocorrerá na competência março do ano subsequente, será realizada a avaliação anual (janeiro a dezembro) do cumprimento das metas. Nessa reunião será preenchido o Relatório Final da CAC, devendo ser emitido em até 15 dias da data de reunião da Comissão.

Caso o prestador não esteja de acordo com o resultado final deverá seguir o trâmite constante no Capítulo VI do Regimento das Comissões.

É extremamente importante que todos os componentes da CAC participem desse momento de acompanhamento e avaliação, o gestor municipal e o Conselho Municipal de Saúde são atores importantes pois conhecem a realidade da assistência e os fluxos de encaminhamentos dos seus usuários. Na representação da SES/RS dois servidores participam

com poder de voto, porém outros membros da equipe técnica podem participar para disponibilizar dados mais específicos ou dificuldades com indicadores de desempenho, ou até mesmo, sugestões de melhorias.

Na reunião de acompanhamento ou na final, os representantes da CAC devem trazer os dados oficiais do DATASUS e o relatório deverá ser preenchido na reunião com a presença de todos os componentes.

A partir do Relatório Final da CAC, caso o prestador não tenha atingido o somatório das metas mensais estipuladas no contrato, no período de um ano, o desconto dos quantitativos físicos que não foram executados pelo prestador ocorrerá.

O cálculo do valor financeiro a ser descontado para as metas quantitativas se dá de acordo com o percentual de cumprimento das metas físicas anuais pactuadas no documento descritivo, conforme descrito abaixo:

Regras do Desconto:

- se meta $\geq 0,90$: não gera descontos nos 60% do componente pré-fixado.
- se meta $< 0,90$: desconto é proporcional à meta, nos 60% do componente pré-fixado conforme o cálculo abaixo:

- Desconto Hospitalar = (Valor Componente pré-fixado X 0,6) X Peso do bloco hospitalar x (1-meta hospitalar)
- Desconto Ambulatorial = (Valor Componente pré-fixado X 0,6) X Peso do bloco ambulatorial x (1-meta ambulatorial)

Onde:

- O Peso do bloco hospitalar (PBH) no contrato é a proporção que representa o valor financeiro das internações clínico e cirúrgicas aprovadas MAC – média complexidade, dividido pelo valor financeiro do bloco hospitalar MAC média somado ao valor financeiro do bloco ambulatorial MAC média

$$PBH = \frac{\text{Valor financeiro bloco hospitalar MAC média complexidade}}{\text{Valor financeiro bloco hospitalar MAC média} + \text{Valor financeiro do bloco ambulatorial MAC média}}$$

- O Peso do bloco ambulatorial (PBA) no contrato é a proporção que representa o valor financeiro dos atendimentos ambulatoriais aprovadas MAC/média complexidade dividido pelo valor financeiro do bloco hospitalar MAC média somado ao valor financeiro do bloco ambulatorial MAC média

$$\text{PBA} = \frac{\text{Valor financeiro bloco Ambulatorial MAC média}}{\text{Valor financeiro bloco hospitalar MAC média} + \text{Valor financeiro bloco ambulatorial MAC média}}$$

- A meta hospitalar (meta hosp) é o total anual dos quantitativos físicos das internações clínicas e cirúrgicas aprovadas no DATASUS no financiamento MAC/média complexidade dividido pelo total da meta contratada para as internações clínicas e cirúrgicas no bloco hospitalar.

$$\text{Meta Hosp} = \frac{\sum \text{Físico aprovado hospitalar MAC média complexidade}}{\sum \text{físico contratado hospital MAC média complexidade}}$$

- A meta ambulatorial (meta amb) é o total anual dos quantitativos físicos dos procedimentos ambulatoriais aprovados no DATASUS no financiamento MAC/média complexidade dividido pelo total da meta contratada para os procedimentos no bloco ambulatorial.

$$\text{Meta Amb} = \frac{\sum \text{Físico aprovado ambulatorial MAC média complexidade}}{\sum \text{físico contratado ambulatorial MAC média complexidade}}$$

Quando a meta for superior a 100% considera-se no cálculo como meta 100%.

Exemplo Cálculo:

Quantitativo Físico CAC	HOSPITALAR		Quantitativo Físico CAC	AMBULATORIAL		Componente Pré
	Físico Contratado	Valor Contratado		Físico Contratado	Valor Contratado	
42	63	R\$ 27.170,53	8157	4787	R\$ 56.570,42	R\$ 111.608,04

Cálculo Peso Hospitalar:

- Peso Hospitalar = R\$ 27.170,00/(R\$ 27.170,53 + R\$ 56.570,42) = **0,324**
- Peso Ambulatorial = R\$ 56.570,42 / (R\$ 27.170,53 + R\$ 56.570,42) = **0,675**

Cálculo Meta:

- Meta Hospitalar = Físico CAC/ Físico Contrato = 42/63 = 0,67 (67%)
- Meta Ambulatorial = Físico CAC/ Físico Contrato = 8157/4787 = 1,70 = 1,0 (100)%

Cálculo Desconto:

- Desconto Hospitalar = (VLR CPF*0,6) x Peso Hosp x (1-meta Hosp) = (R\$ 111.608,04 x 0,6) x 0,324 x (1- 0,67) = R\$ 7.159,87
- Desconto Ambulatorial = (VLR CPF*0,6) x Peso Amb x (1-meta Amb) = R\$ 111.608,04 x 0,6) x 0,675 x (1-1,0) = R\$ 0,00

O valor do componente pré-fixado utilizado para cálculo nas competências, refere-se à soma dos valores mensais dos procedimentos pré-fixados MAC/média complexidade somado aos incentivos federais.

Na competência que constar dois instrumentos contratuais (dois contratos ou um contrato e um termo aditivo) com valores diferentes do componente pré-fixado, deverá ser realizada a proporcionalidade dos valores de acordo com a vigência de cada instrumento.

Exemplo: Na competência agosto de 2021 o 1º TA tem contratado um valor de componente pré-fixado de R\$ 100.000,00 no dia 20 de agosto de 2021 publica-se um 2º TA com um valor de componente pré-fixado de R\$ 120.000,00, para o cálculo na competência agosto de 2021 deverá ter 19 dias com R\$ 100.000,00 e 11 dias com R\$ 120.000,00 mensais:

Valor Componente Pré-fixado na competência = (100.000,00 x 19 dias/30 dias) + (120.000,00 x 11 dias/30 dias) = R\$ 107.333,33

O desconto por não cumprimento das metas ocorrerá na competência maio do ano subsequente ao período avaliado.

METODOLOGIA DO CÁLCULO DA AVALIAÇÃO DAS METAS QUALITATIVAS

A avaliação das metas qualitativas do contrato reflete em 40% do valor pré-fixado do financiamento MAC, média complexidade hospitalar e ambulatorial, acrescentado dos incentivos federais, conforme exposto na Portaria de Consolidação nº 02, Anexo 2 do Anexo XXIV, de 28 de setembro de 2017.

Para fins de cumprimento de metas, a aplicação do desconto ocorrerá da seguinte maneira:

Regras de Desconto:

- se a pontuação ficar $\geq 90\%$ = não tem desconto;
- se a pontuação $< 90\%$ = pagamento conforme o percentual atingido na pontuação, para os 40% do componente pré-fixado.

AVALIAÇÃO POR INDICADORES

A gestão por indicadores permite a avaliação da qualidade dos serviços e possibilita a melhor tomada de decisão pelos gestores, em um melhor tempo. Seu foco é na qualidade de prestação do serviço e na evolução constante do prestador.

Para a construção dos indicadores foi utilizado pela consultoria EY o conceito de *Balanced Scorecard*. O termo *balanced* (equilibrado) refere-se ao fato de que a abordagem é sustentada através de um conjunto harmônico de medidas, que contrabalança forças de natureza externa e forças de natureza interna a organização¹. O uso da ferramenta introduz uma abordagem lógica e também, associa os valores e políticas do SUS à estrutura da matriz de indicadores proposta.

Foram identificados os elementos que determinam o nível de sucesso do sistema em análise – os fatores críticos de sucesso, ou seja, as áreas em que os resultados, se satisfatórios, asseguram o sucesso desse sistema. Após a definição dos fatores críticos de sucesso, gerou-se os indicadores de desempenho. Foram utilizados também os seis eixos da

¹ SILVA NETO, 2000.

Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXIV, de 28 de setembro de 2017 (PNHOSP), conforme Quadro 3, sendo eixos da assistência hospitalar, gestão hospitalar, Formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho, financiamento, contratualização e responsabilidade das esferas de gestão.

Quadro 3 - Eixos da PNHOSP e os fatores críticos.

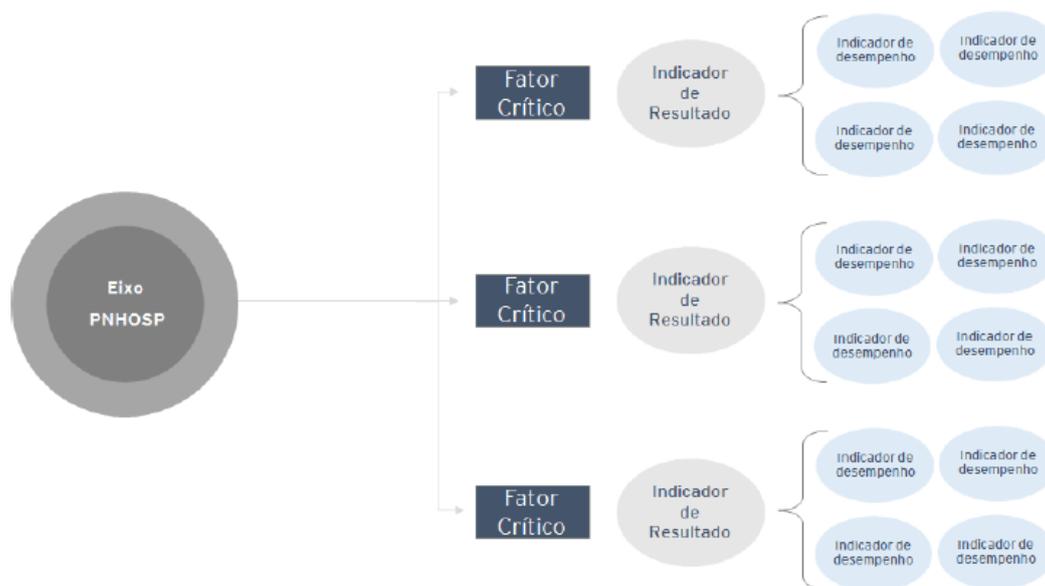
Eixos da PNHOSP	Fatores Críticos de Sucesso
Assistência hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Segurança do paciente ✓ Atenção centrada no paciente ✓ Eficiência da assistência
Gestão hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestão dos recursos hospitalares (leitos e outros) ✓ Eficiência do Pronto Socorro ✓ Adequação à Rede de Atenção à Saúde
Formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Qualidade de Recrutamento e Seleção ✓ Educação Permanente ✓ Gestão de Recursos Humanos
Contratualização	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sincronia do contrato com a realidade ✓ Coerência da formação de contrato (capacidade instalada) ✓ Perspectiva de evolução ✓ Cumprimento de outras condições e indicadores obrigatórios
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equilíbrio financeiro (demanda) ✓ Transparência de recursos de custeio ✓ Coerência financeira (capacidade instalada) ✓ Sustentabilidade financeira (eficiência da gestão)
Responsabilidade das esferas de gestão	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Integração entre gestores estaduais e municipais ✓ Integração com a RAS

Fonte: Consultoria Ernest Young (2017)

Além dos indicadores de resultados que estarão relacionados aos fatores críticos de sucesso acima, há os indicadores de desempenho e os indicadores chave de desempenho (Figura 5), que apoiam na definição do que impacta no resultado de determinado fator crítico e podem orientar o que deve ser alterado a fim de melhorar o resultado final. A

figura abaixo apresenta uma ilustração da relação entre os eixos estruturantes da PNHOSP, indicadores de resultado e de desempenho (Consultoria EY).

Figura 5 - Relação entre os eixos estruturantes da PNHOSP, fator crítico, indicadores de resultado e indicadores de desempenho. (Consultoria EY)



1

Fonte: Consultoria Ernest Young (2017)

A gestão selecionou treze indicadores para montar a matriz de indicadores de resultados utilizadas nos contratos, sendo eles:

Quadro 4 - Indicadores e eixos da PNHOSP.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
- Taxa de Cirurgias Eletivas
- Taxa de Abordagem de possível doador (na EY é taxa de captação de órgãos=adaptar)
- Densidade de incidência de infecção por CVC
- Taxa de Mortalidade institucional
- Taxa de Cesáreas
- Taxa de infecção Hospitalar
GESTÃO HOSPITALAR

- Taxa de ocupação da UTI
- Taxa de ocupação hospitalar
- Tempo médio de permanência cirúrgico
- Tempo Médio de permanência em UTI
- Tempo médio de permanência clínico
FORMAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DA FORÇA DE TRABALHO
- Porcentual de profissionais do público-alvo treinados
RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO
- Taxa de suspensão de agendas de consultas

Fonte: Consultoria Ernest Young (2017)

A avaliação qualitativa realizada através dos indicadores possibilita um monitoramento comparável entre os hospitais de um mesmo perfil (*cluster*), com capacidade de ser evolutivo e calibrável. A pontuação de cada indicador pode ser modificada conforme prioridade estratégica da gestão.

Os indicadores foram definidos com base em conceitos claros e padronizados. Para possibilitar o acompanhamento de maneira objetiva e equânime foram elaboradas fichas dos indicadores contendo as informações necessárias para o seu cálculo, conforme Anexo I.

Foram criadas duas metas para os indicadores: meta almejada e a meta aceitável, conforme Quadro 5. A meta almejada possibilita a criação de um *ranking de performance* entre os hospitais, podendo ser utilizado para possíveis premiações por desempenho, se a gestão entender. Estimula os prestadores na sua evolução e na melhoria dos serviços prestados.

A meta aceitável avalia os prestadores de forma a monitorar e estipular um mínimo aceitável como referência para garantir a qualidade dos serviços prestados.

Quadro 5 - Conceito de metas aceitáveis e metas almejadas.

Metas Aceitáveis	Metas Almejadas
Número ou valor cálculo dos indicadores considerado como referência mínima de	Número ou valor calculado dos indicadores que é colocado como o

qualidade que, quando alcançado, será atribuída a pontuação correspondente e ao seu valor agregado	objetivo de melhoria da qualidade para o prestador em relação ao valor aceitável e que, quando alcançado, será atribuída a pontuação adicional referente ao seu valor agregado
--	--

Fonte: Consultoria Ernest Young (2017)

Pontuação dos Indicadores

Os indicadores utilizados para avaliação da meta qualitativa possuem sua descrição no documento descritivo, tendo um padrão conforme exemplo abaixo:

Taxa de Infecção Hospitalar

- Meta Almejada: $\leq 3,50\%$
- Meta Aceitável: $\leq 4,50\%$
- Prazo: Pontuação: 10
- Fonte: Numerador: Dados infecção CCIH Denominador: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) -Tabela RD - AIH
- Fórmula: $(\text{Número de episódios de infecção hospitalar}) / \text{Número total de saídas}) \times 100$

Para fins de avaliação da meta será utilizada nos cálculos a meta aceitável. Cada indicador tem a sua pontuação e a sua meta aceitável. A pontuação atingida para o indicador é calculada de forma proporcional ao cumprimento da meta aceitável, por exemplo:

Exemplo de indicador com direção “quanto menor melhor”

Taxa de Infecção Hospitalar

- Meta Aceitável: $\leq 4,50\%$
- Pontuação: 10
- Meta alcançada pelo prestador: 5%

DIREÇÃO INDICADOR	FÓRMULA
	$\text{Pontuação atingida} = (\text{Pontuação indicador} \times (1 - \text{meta atingida})) / (1 - \text{meta aceitável})$

$$\text{Pontuação atingida} = (10 \times (1 - 0,05)) / (1 - 0,045)$$

$$\text{Pontuação atingida} = (10 \times 0,95) / (0,955)$$

$$\text{Pontuação atingida} = 9,5/0,955 = \underline{\underline{9,95 \text{ Pontos}}}$$

Exemplo de indicador com direção “quanto mais melhor”

Taxa de ocupação hospitalar

- Meta Aceitável: $\geq 80,00\%$
- Pontuação: 10
- Meta alcançada pelo prestador: 65%

DIREÇÃO INDICADOR	FÓRMULA
	Pontuação atingida = (Pontuação indicador X meta atingida)/(meta aceitável)

$$\text{Pontuação atingida} = (10 \times 0,65) / 0,8$$

$$\text{Pontuação atingida} = 6,5/0,8 = \underline{\underline{8,125 \text{ pontos}}}$$

Na avaliação final, as pontuações dos indicadores serão somadas (janeiro a dezembro) chegando a uma pontuação anual contratada que será avaliada com o somatório dos pontos atingidos no mesmo período.

COMPETÊNCIA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
PONTUAÇÃO TOTAL DO CONTRATO						
PONTUAÇÃO CAC*						

COMPETÊNCIA	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	TOTAL ANO
PONTUAÇÃO TOTAL DO CONTRATO							
PONTUAÇÃO CAC*							

Cálculo final da meta qualitativa:

$$\text{Pontuação final} = \frac{\sum \text{pontuação mensal atingida (janeiro a dezembro)}}{\sum \text{pontuação mensal contratada (janeiro a dezembro)}}$$

- se a pontuação ficar $\geq 90\%$ = não tem desconto;
- se a pontuação $< 90\%$ = pagamento conforme o percentual atingido no somatório da pontuação, para os 40% do componente pré-fixado.

Perfil Hospitalar

A criação dos perfis (*clusters*) permite a comparação entre hospitais com características semelhantes.

A rede hospitalar no Rio Grande do Sul é bastante heterogênea, considerando porte, habilitações, profissionais. Foi realizado um estudo pela PROCERGS para análise dessa rede e a criação de perfis que possibilitam a comparação entre hospitais com características semelhantes. Foram analisados os seguintes itens disponibilizados no CNES: quantidade de equipamentos, quantidade de leitos, quantidade de leitos de UTI e quantidade de enfermeiros. Esse estudo resultou em quatro perfis: A, B, C e D.

Essa classificação pode ser alterada conforme a atualização dos dados no CNES, caso o prestador realize tal mudança nos itens que compõem a análise dos perfis.

Cada perfil hospitalar tem uma meta aceitável e almejada estipulada conforme estudos e recomendações de boas práticas no acompanhamento de indicadores hospitalares, respeitando as características dos hospitais no grupo.

Nesse primeiro momento de implantação, os indicadores serão monitorados, porém não sofrerão descontos de avaliação. As metas atingidas serão estudadas conforme os perfis, para avaliar o comportamento desses indicadores na rede e chegar em um número adequado às suas características, se necessário for.

ENVIO DAS INFORMAÇÕES PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DOS CONTRATOS

As reuniões das Comissões de Acompanhamento dos Contratos ocorrerão conforme cronograma já citado. Serão preenchidos dois modelos de formulários durante a avaliação anual: o Relatório de Acompanhamento da CAC e o Relatório Final da CAC (Quadro 6).

Quadro 6 - Cronograma de reuniões da Comissão e os modelos de relatório utilizados

CRONOGRAMA ANUAL	MÊS DE AVALIAÇÃO	MODELO DE RELATÓRIO
Reunião Maio	Janeiro a Março	Relatório de Acompanhamento
Reunião Agosto	Janeiro a Junho	Relatório de Acompanhamento
Reunião Novembro	Janeiro a Setembro	Relatório de Acompanhamento
Reunião Março	Janeiro a Dezembro	Relatório Final

Fonte: Elaboração própria (2022)

Os relatórios deverão ser enviados até 15 dias após a reunião, preenchidos corretamente, de forma completa e com todas as assinaturas de seus representantes.

Para fins de acompanhamento e avaliação pelo DGAE, os dados considerados pelas Comissões de Acompanhamento deverão ser enviadas através do sistema de Monitoramento pelas Comissões na intranet, disponível no sitio eletrônico: <https://ti.saude.rs.gov.br/dgae/login>

O presidente ou o secretário remeterá ao DGAE, através do Sistema de Monitoramento pelas Comissões (Figura 6), os Relatórios de Acompanhamento e o Relatório Final.

O servidor da SES designado na Comissão irá preencher o relatório com todos os dados solicitados. Ficará registrada no sistema a identificação de quem preencheu o formulário.

Figura 6 - Sistema de Monitoramento das Comissões - DGAE

Fonte: Sistema CAC², SES/RS

Na aba “Formulário” deverá ser preenchido no sistema cada competência avaliada. São necessários os dados completos e corretos pois essas informações serão utilizadas para os cálculos do desconto das metas.

PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO SINTÉTICO

O Relatório de Acompanhamento e o Relatório Final são instrumentos que resumem a avaliação da Comissão de Acompanhamento do Contrato, refletindo a análise dos meses avaliados, sendo atribuída a meta e pontuação atingida mês a mês. Neste, a comissão poderá relatar suas considerações acerca dos procedimentos avaliados e demais itens avaliados, podendo também deixar suas recomendações para ajustes contratuais. Foi confeccionado a fim de padronizar o modelo de avaliação nas reuniões.

Todas as Comissões deverão preencher o Relatório Sintético atendendo a todos os itens. A estrutura do documento não deverá ser alterada.

O Relatório da Comissão tem fundamental importância para o Gestor e equipe técnica, sendo também utilizado nas ações judiciais e acompanhamento dos órgãos de controle.

² Disponível em: < <https://ti.saude.rs.gov.br/dgae/login>>. Acesso em: 20/04/2022.

Recomenda-se que a equipe técnica faça uma pré-análise e leve para a reunião o Relatório previamente preenchido para facilitar a discussão. Caso a equipe técnica desenvolva mais formulários de avaliação esses não deverão ser inseridos no de Monitoramento pelas Comissões, somente o Relatório da CAC.

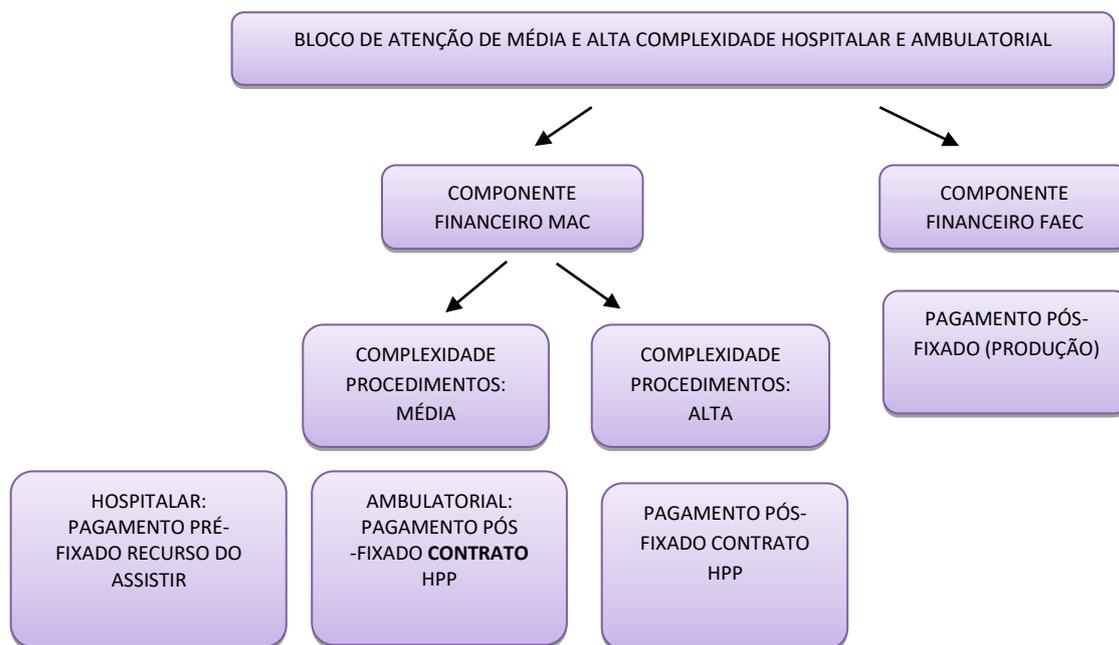
Para essas avaliações não deverão ser abertos processos eletrônico (PROA) e o material utilizado e produzido na reunião ficará arquivado na CRS.

Sempre que a meta quantitativa considerada pela Comissão de avaliação for diferente da meta oficial da produção aprovada pelo DATASUS, obrigatoriamente a comissão deverá justificar os motivos pelo qual atribuiu tal valor. Somente será utilizada uma meta diferente em casos excepcionais, por exemplo: problemas nos sistemas do hospital

CONTRATO DE ORÇAMENTAÇÃO PARCIAL – HPP

Os Hospitais de Pequeno Porte - HPP, regidos pela Portaria GM/MS nº 1.044/2004 são contratados por orçamentação parcial, sendo a média complexidade ambulatorial, paga de maneira pós-fixada e a internação com valor único (em bloco) também de forma pré-fixada pelo Programa ASSISTIR (Figura 7).

Figura 7 - Financiamento e pagamento do contrato de orçamentação parcial dos Hospitais de Pequeno Porte - HPP



Fonte: Elaboração própria (2017)

Monitoramento e Avaliação pela Comissão de Acompanhamento do Contrato na modalidade HPP

A atribuição da CAC será a de acompanhar a execução do Contrato e do cumprimento das metas estabelecidas no Documento Descritivo, e avaliar a qualidade da atenção à saúde dos usuários, bem como apurar as irregularidades.

A Comissão de Acompanhamento do Contrato será designada por meio de publicação no Diário Oficial do Estado, cabendo os integrantes, indicar formalmente ao Fiscal Administrativo do contrato, que será também o Presidente da Comissão, os seus representantes

A Comissão será composta pelos seguintes representantes:

I - 01 (um) servidor da SES e 01 (um) suplente;

II - 01 (um) integrante do Hospital Contratualizado e 01 (um) suplente,

III - 01 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde do município sede e 01 (um) suplente;

IV - 01 (um) representante do Conselho Municipal de Saúde e 01 (um) suplente.

As reuniões das Comissões de Acompanhamento dos Contratos ocorrerão conforme cronograma do Quadro 7. Serão preenchidos dois modelos de formulários durante a avaliação anual: o Relatório de Acompanhamento da CAC e o Relatório Final da CAC, ambos constantes no Anexo IV deste manual.

Quadro 7 - Cronograma de reuniões da Comissão dos HPPs e os modelos de relatório utilizados.

CRONOGRAMA ANUAL	MÊS DE AVALIAÇÃO	MODELO DE RELATÓRIO
Reunião Maio	Janeiro a Março	Relatório de Acompanhamento
Reunião Agosto	Janeiro a Junho	Relatório de Acompanhamento
Reunião Novembro	Janeiro a Setembro	Relatório de Acompanhamento
Reunião Março	Janeiro a Dezembro	Relatório Final

Fonte: Elaboração própria (2022)

Os procedimentos MAC – média complexidade na área ambulatorial são pagos de maneira pós-fixada, ou seja, são pagos conforme a produção aprovada nos sistemas do DATASUS até o limite estipulado no contrato.

Para o acompanhamento e avaliação dos HPPs a parte hospitalar será avaliada conforme o monitoramento do Programa ASSISTIR, constante na Portaria SES/RS nº 537/2021.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do SUS (Origem: PRT MS/GM nº 3.410/2013). Brasília, DF, 2017d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXO2ANEXOXXI

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Hospitalar (Origem: PRT MS/GM nº 3.390/2013). Brasília, DF, 2017d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXXIV

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 15 mar.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (Origem: PRT MS/GM nº 1.044/2004). Brasília, DF, 2017d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXXIII

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <file:///C:/Users/ses3540294/Downloads/Lei%20N%C2%BA%208.666,%20de%2021%20de%20junho%20de%201993.pdf>. Acesso em: fev. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Fazenda. Contadoria e Auditoria-Geral do Estado. **Manual de orientação do gestor público** [livro eletrônico]/Rio Grande do Sul. Secretaria da Fazenda. Contadoria e Auditoria-Geral do Estado. – 5. ed. – Porto Alegre: SEFAZ/CAGE, 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria nº 537, de 03 de agosto de 2021**. Regulamenta, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o ASSISTIR – Programa de Incentivos Hospitalares. Diário Oficial do Estado do RS, ano 2021, nº 155, p.4-146, 03 agosto 2021. Porto Alegre, RS, 2021.

SILVA NETO, A. B. Competitividade e desempenho competitivo no nível da firma: análise comparativa de conceitos e de indicadores. Dissertação (Mestrado em Economia) - Programa de Pós-graduação em Economia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

ANEXO I – FICHA DOS INDICADORES

Ficha Indicador - 01		
Nomenclatura	Densidade de incidência de infecção por Cateter Venoso Central (CVC)	
Descrição	Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (IPCSL) com confirmação microbiológica em pacientes internados na UTI, por 1000 cateteres-dia.	
Eixo Hospitalar	Assistência Hospitalar	
Fator Crítico de Sucesso	Segurança do Paciente	
Objetivo	Identificar hospitais com altas taxas de densidade de IPCSL associado a CVC com vista a tomada de ações de investigação dos motivos e consequente melhoria da qualidade da assistência a pacientes em uso de CVC. Além disto, objetiva-se avaliar a aderência dos profissionais de saúde às práticas corretas de inserção, manipulação e cuidados diários de CVC, elementos que têm impacto direto sobre a aquisição das IPCSL .	
Fonte das Informações	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do estabelecimento de saúde e/ou Sistema de Notificação em vigilância Sanitária (NOTIVISA).	
Fórmula	$(\text{Número de casos novos de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial -IPCSL- no mês}) / \text{Número de CVC-dia no mês} \times 100$	
Metodologia do Cálculo	Numerador	Somatório do número de IPCSL, detectadas na UTI Adulto/Pediátrico, vezes 1000, em um mês.
	Denominador	Somatório do número de CVC/dia na UTI Adulto/Pediátrico em um mês .
Direção de Sucesso	 Quanto menor, melhor	

Ficha Indicador - 02		
Nomenclatura	Tempo Médio de Permanência Clínico	
Descrição	Razão entre o total de pacientes-dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período.	
Eixo Hospitalar	Gestão Hospitalar	
Fator Crítico de Sucesso	Gestão de Recursos Hospitalares	
Objetivo	Avaliar as boas práticas clínicas e a eficiência da gestão e rotatividade do leito operacional clínico.	
Fonte das Informações	Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) -Tabela RD - AIH	
Fórmula	$(\text{Número de pacientes-dia perfil clínico SUS})/(\text{Número total de saídas de pacientes perfil clínico SUS}) \times 100$	
Metodologia do Cálculo	Numerador	Somatório de pacientes-dia do hospital no período de um mês, analisando o leito clínico exclusivamente.
	Denominador	Somatório das altas, transferências externas e óbitos do hospital, no período de um mês, analisando o leito clínico exclusivamente.
Direção de Sucesso	 Quanto menor, melhor	

Ficha Indicador - 03		
Nomenclatura	Tempo Médio de Permanência Cirúrgico	
Descrição	Razão entre o total de pacientes-dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período.	
Eixo Hospitalar	Gestão Hospitalar	
Fator Crítico de Sucesso	Gestão de Recursos Hospitalares	
Objetivo	Avaliar as boas práticas clínicas e a eficiência da gestão e rotatividade do leito operacional cirúrgico.	
Fonte das Informações	Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) -Tabela RD - AIH	
Fórmula	$(\text{Número de pacientes-dia perfil cirúrgico})/(\text{Número total de saídas de pacientes perfil cirúrgico}) \times 100$	
Metodologia do Cálculo	Numerador	Somatório de pacientes-dia de perfil cirúrgico do hospital no período de um mês, analisando o leito cirúrgico exclusivamente.
	Denominador	Somatório das altas, transferências externas e óbitos do hospital, no período de um mês, analisando o leito cirúrgico exclusivamente.
Direção de Sucesso	 Quanto menor, melhor	

Ficha Indicador - 04		
Nomenclatura	Tempo Médio de Permanência em UTI	
Descrição	Razão entre o total de pacientes-dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período.	
Eixo Hospitalar	Gestão Hospitalar	
Fator Crítico de Sucesso	Gestão de Recursos Hospitalares	
Objetivo	Avaliar as boas práticas clínicas e a eficiência da gestão e rotatividade do leito de UTI.	
Fonte das Informações	Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) -Tabela RD - AIH	
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes-dia em leito de UTI SUS}}{\text{Número total de saídas de pacientes em leito de UTI SUS}} \times 100$	
Metodologia do Cálculo	Numerador	Somatório de pacientes-dia da UTI no período de um mês.
	Denominador	Somatório das saídas internas (transferências internas da UTI para unidades intermediárias, enfermarias e quartos) e das saídas hospitalares (altas para casa, transferência externas e óbitos) da UTI no período de um mês.
Direção de Sucesso	 Quanto menor, melhor	

Ficha Indicador - 05		
Nomenclatura	Taxa de Ocupação Hospitalar	
Descrição	Relação porcentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia SUS.	
Eixo Hospitalar	Gestão Hospitalar	
Fator Crítico de Sucesso	Gestão de Recursos Hospitalares	
Objetivo	Avaliar o grau de utilização dos leitos SUS operacionais no hospital, bem como o perfil de utilização e gestão dos leitos SUS hospitalares.	
Fonte das Informações	Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) -Tabela RD - AIH e CNES	
Fórmula	$(\text{Número de pacientes-dia SUS})/(\text{Número de leitos-dia SUS operacionais}) \times 100$	
Metodologia do Cálculo	Numerador	Somatório de pacientes-dia do hospital, vezes 100, no período de um mês.
	Denominador	Somatório de leitos-dia SUS operacionais no hospital, no período de um mês.
Direção de Sucesso	 Quanto maior, melhor	

Ficha Indicador - 06		
Nomenclatura	Taxa de Ocupação da UTI	
Descrição	Relação porcentual entre o número de pacientes-dia nos leitos da UTI e o número de leitos-dia na UTI em determinado período.	
Eixo Hospitalar	Gestão Hospitalar	
Fator Crítico de Sucesso	Gestão de Recursos Hospitalares	
Objetivo	Avaliar o grau de utilização dos leitos SUS operacionais na UTI. Mede o perfil de utilização e gestão do leito operacional na UTI. Está relacionado ao intervalo de substituição e à média de permanência na UTI.	
Fonte das Informações	Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) -Tabela RD - AIH e CNES	
Fórmula	$\frac{\text{(Número de pacientes-dia em leito de UTI SUS)}}{\text{(Número de leitos-dia SUS operacionais em UTI)}} \times 100$	
Metodologia do Cálculo	Numerador	Somatório de pacientes-dia na UTI do hospital no período de um mês.
	Denominador	Somatório de leitos-dia operacionais na UTI do hospital no período de um mês.
Direção de Sucesso	 Quanto maior, melhor	

Ficha Indicador - 07		
Nomenclatura	Taxa de Mortalidade institucional	
Descrição	Relação porcentual entre o número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente e o número de pacientes que tiveram saída do hospital.	
Eixo Hospitalar	Assistência Hospitalar	
Fator Crítico de Sucesso	Atenção Centrada ao Paciente	
Objetivo	Mensurar a mortalidade ocorrida após as primeiras 24 horas da admissão hospitalar para possibilitar a melhoria da qualidade da assistência por meio de ações que contribuam para uma maior efetividade e eficiência do cuidado da saúde.	
Fonte das Informações	Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) -Tabela RD - AIH	
Fórmula	$(\text{Número de óbitos} \geq 24 \text{ hs de internação no mês}) / (\text{Número de saídas hospitalares no mês}) \times 100$	
Metodologia do Cálculo	Numerador	Número de óbitos que ocorreram após decorridas pelos menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente, vezes 100, em um mês.
	Denominador	Número de saídas hospitalares, em um mês .
Direção de Sucesso	 Quanto menor, melhor	

Ficha Indicador - 08		
Nomenclatura	Taxa de partos cesarianos	
Descrição	Relação porcentual entre o número total de partos cesarianos e o número total de partos.	
Eixo Hospitalar	Assistência Hospitalar	
Fator Crítico de Sucesso	Atenção centrada no Paciente	
Objetivo	Avaliar o cumprimento das diretrizes da portaria 2.351 que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Além de dimensionar a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, permite também analisar as variações geográficas e temporais do indicador, identificando tendências e situações de desigualdade.	
Fonte das Informações	Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) -Tabela RD - AIH	
Fórmula	$(\text{Número total de partos cesáreos})/(\text{Número total de partos}) \times 100$	
Metodologia do Cálculo	Numerador	Somatório do número total de partos no denominador com código de procedimento de parto cesáreo, vezes 100, no período de um mês.
	Denominador	Somatório do número total de partos (normais, cesáreas e fórceps), no período de um mês.
Direção de Sucesso	 Quanto menor, melhor	

Ficha Indicador - 09		
Nomenclatura	Taxa de Infecção Hospitalar	
Descrição	Relação porcentual entre o número de episódios de infecções hospitalares e o número de saídas no período .	
Eixo Hospitalar	Assistência Hospitalar	
Fator Crítico de Sucesso	Segurança do Paciente	
Objetivo	Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde nas diferentes Unidades de Produção do hospital, verificar taxas endêmicas, monitorar tendências de incidência de infecção, possibilitar a investigação de surtos precocemente e a implementação de medidas de controle da infecção hospitalar, além de conhecer os patógenos hospitalares predominantes.	
Fonte das Informações	Numerador: Dados infecção CCIH Denominador: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) -Tabela RD - AIH	
Fórmula	$(\text{Número de episódios de infecção hospitalar}) / \text{Número total de saídas} \times 100$	
Metodologia do Cálculo	Numerador	Somatório de casos de episódios de infecção hospitalar, vezes 100, no período de um mês.
	Denominador	Somatório das altas, transferências externas e óbitos do hospital, no período de um mês.
Direção de Sucesso	 Quanto menor, melhor	

Ficha Indicador - 10		
Nomenclatura	Porcentual de profissionais do público-alvo treinados	
Descrição	Relação entre o número de funcionários que recebeu treinamentos obrigatórios ou recomendados e o número de treinamentos obrigatórios ou recomendados.	
Eixo Hospitalar	Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho	
Fator Crítico de Sucesso	Educação Permanente	
Objetivo	Acompanhar as atividades de treinamento do hospital, conhecendo, acompanhando e comparando interna e externamente o cumprimento de treinamentos essenciais à prestação de serviços de saúde.	
Fonte das Informações	Controle interno do hospital para treinamento	
Fórmula	$(\text{Número de funcionários que receberam treinamento obrigatório ou recomendado}) / (\text{Número de treinamentos obrigatórios ou recomendados} \times \text{número de funcionários que devem receber o treinamento}) \times 100$	
Metodologia do Cálculo	Numerador	Somatório do número de funcionários com certificação dos treinamentos, vezes 100, no período de um mês.
	Denominador	Somatório do número de capacitações requeridos e/ou recomendados pelo gestor.
Direção de Sucesso	 Quanto maior, melhor	

Ficha Indicador - 11		
Nomenclatura	Taxa de Cirurgias Eletivas	
Descrição	Relação entre o número de cirurgias com caráter eletivo e o número total de cirurgias.	
Eixo Hospitalar	Assistência Hospitalar	
Fator Crítico de Sucesso	Atenção centrada no Paciente	
Objetivo	Avaliar a oferta aos usuários SUS nos procedimentos regulados com necessidades cirúrgicas. Diminuir filas de esperas da Central de Regulação. Ampliação da oferta.	
Fonte das Informações	Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) -Tabela RD - AIH	
Fórmula	$(\text{Número de cirurgias com caráter eletivo realizadas no mês})/(\text{Número total de cirurgias no mês}) \times 100$	
Metodologia do Cálculo	Numerador	Número de procedimentos cirúrgicos com caráter eletivo no período de um mês.
	Denominador	Total de procedimentos cirúrgicos, no período de um mês.
Direção de Sucesso	 Quanto maior, melhor	

Ficha Indicador - 12		
Nomenclatura	Taxa de Abordagem de possível doador (na EY é taxa de captação de órgãos=adaptar)	
Descrição	Relação entre o número de abordagens para captação de possíveis doadores de órgãos realizadas e o número total de possíveis doadores de órgãos.	
Eixo Hospitalar	Assistência Hospitalar	
Fator Crítico de Sucesso	Atenção centrada no Paciente	
Objetivo	Sensibilização das famílias quanto à doação. Aumentar o número de doações de órgãos, diminuindo a fila de espera do SUS.	
Fonte das Informações	Controle interno do hospital	
Fórmula	$(\text{Número de abordagem a pacientes/familiares de possível doação}) / (\text{Número de pacientes com potencial de doação mês}) \times 100$	
Metodologia do Cálculo	Numerador	Número de abordagens pela equipe do hospital a pacientes ou familiares quanto à possível doação de órgãos no período de mês.
	Denominador	Total de pacientes com potencial de doação de órgãos no período de um mês.
Direção de Sucesso	 Quanto maior, melhor	

Ficha Indicador - 13		
Nomenclatura	Taxa de suspensão de agendas de consultas	
Descrição	Relação do número de agendas de consultas especializadas suspensas e o total de agendas de consultas especializadas.	
Eixo Hospitalar	Responsabilidade das Esferas de Gestão	
Fator Crítico de Sucesso	Integração entre gestores estaduais e municipais	
Objetivo	Avaliar a oferta aos usuários SUS nos procedimentos de consultas especializadas reguladas. Diminuir filas de esperas da Central de Regulação. Ampliação da oferta. Fomentar ações para diminuição dos cancelamentos.	
Fonte das Informações	Informações do NIR (núcleo interno de regulação)	
Fórmula	$(\text{número de agendas suspensas por mês}) / (\text{Número total de agendas no mês}) \times 100$	
Metodologia do Cálculo	Numerador	Número de agendas de consultas especializadas suspensas no período de um mês
	Denominador	Número total de agendas de consultas especializadas no período de um mês.
Direção de Sucesso	 Quanto menor, melhor	

institucional>									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDICADOR DO CONTRATO	ABRIL			MAIO			JUNHO		
	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

INDICADOR DO CONTRATO	JULHO			AGOSTO			SETEMBRO		
	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

B) PLANO DE AÇÃO PARA OS INDICADORES:

O objetivo do Plano de Ação é a prestação dos serviços com foco no cumprimento do contrato, ou seja, no atendimento pleno do cidadão nos limites contratados. O hospital poderá adotar ações como mutirões, abertura de turnos extras, etc para que, no período de 12 meses alcance os quantitativos previstos e consiga cumprir o contrato na íntegra.

PLANO DE AÇÃO			
ESTRATÉGIA	OBJETIVO	PRAZO	RESPONSÁVEL
<Reduzir a mortalidade institucional>	<Atingir redução para 3%>	<60 dias>	<hospital>

C) CONSIDERAÇÕES DA COMISSÃO SOBRE OS INDICADORES: *Obrigatória a justificativa se a pontuação CAC for inferior a pontuação do contrato. A CAC tem, como principal função, identificar onde está ocorrendo o descumprimento do contrato, avaliar as motivações e, junto com o hospital, buscar alternativas para melhorar seu desempenho e a qualidade dos serviços prestados.

<especificar as ações tomadas e motivos pela qual não houve o cumprimento total na pontuação>

Reunião Maio	<50>	<75>	<55>				
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

COMPETÊNCIA REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO					ACUMULADO	
	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	META FÍSICA ANUAL DO CONTRATO	META FÍSICA ATINGIDA CAC
Reunião Maio							
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

B) DADOS DA PRODUÇÃO MAC MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL: Valores aprovados da produção Ambulatorial disponibilizados pelo DATASUS.

COMPETÊNCIA REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO						
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Reunião Maio							
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

COMPETÊNCIA REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO					ACUMULADO	
	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	META FÍSICA ANUAL DO CONTRATO	META FÍSICA ATINGIDA CAC
Reunião Maio							
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

C) **CONSIDERAÇÕES DA CAC:*** Obrigatória a justificativa se os quantitativos físicos de produção forem diferentes dos dados oficiais do DATASUS. (Por motivos excepcionais a CAC poderá utilizar quantitativos de produção diferentes da produção DATASUS, devendo justificar seu ato e utilizar a meta no quadro acima). A CAC tem a autonomia e o compromisso de avaliar dados de produção que por algum motivo não foram registrados e/ou reconhecidos pelos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, considerando que o foco primário é o atendimento ao cidadão. É indispensável que se avalie e se

justifique situações onde, por exemplo, o serviço estava disponível ao usuário e não houve o atingimento da meta devido ao absenteísmo. Situações de absenteísmo fogem do controle das instituições e devem ser adotadas medidas junto aos gestores municipais para que consigam reduzir a falta dos pacientes aos atendimentos e estas ações devem estar descritas no relatório, bem como, o monitoramento do impacto das ações adotadas ao longo dos meses.

D) Estratégias pactuadas para atingir o cumprimento das metas físicas estabelecidas no contrato. (Obrigatória caso a meta física atingida CAC fique inferior a meta física anual do contrato).

PLANO DE AÇÃO			
ESTRATÉGIA	OBJETIVO	PRAZO	RESPONSÁVEL
<Aumentar a agenda do mês XXX em XX consultas>	<120 consultas/mês>	<30 dias>	<hospital>
< Nas consultas especializadas lembrar o paciente por SMS um dia antes>	Diminuir o absenteísmo	<60 dias>	<SMS Município>

V – AVALIAÇÃO DAS HABILITAÇÕES FEDERAIS:

A) O HOSPITAL RESPEITA AS NORMAS DA SUA HABILITAÇÃO FEDERAL QUANTO À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA? () Sim () Não

Entendendo que a qualidade da assistência muitas vezes tem um caráter subjetivo, é fundamental que a CAC descreva os pontos positivos ou negativos identificados, descrevendo justificadamente, as ações sugeridas e adotadas para qualificação plena do serviço.

B) O HOSPITAL CUMPRE OS QUANTITATIVOS MÍNIMOS DE PROCEDIMENTOS TRATADOS NAS NORMAS DE SUA HABILITAÇÃO? () Sim () Não

Caso o hospital não cumpra os quantitativos mínimos estabelecidos nas normas que o habilitaram a prestação de serviços específicos, cabe à CAC descrever justificadamente as motivações que levam a esse descumprimento, bem como estabelecer quais as ações sugeridas e adotadas para a execução da totalidade dos serviços quantificados nas normativas de habilitação.

C) OS PROCEDIMENTOS REFERENTES ÀS HABILITAÇÕES FEDERAIS SÃO REGULADAS? () Sim () Não

D) A COTA DISPONIBILIZADA PELO HOSPITAL RESPEITA OS QUANTITATIVOS DO CONTRATO E REGRAS DA REGULAÇÃO ESTADUAL? () Sim () Não

E) HÁ NEGATIVA DE ACESSO? () Sim () Não

É indispensável que a CAC identifique, avalie e descreva de forma clara e objetiva qual a negativa de acesso identificada, quando isso ocorreu e quais as motivações do hospital para a negativa, buscando orientar e auxiliar o hospital para que a totalidade das suas referências e também para que entenda e cumpra as determinações da regulação estadual quando esta precisa lançar mão da quebra de referência para garantir o acesso do paciente.

F) HÁ FILA DE ESPERA PARA AS CIRURGIAS? () Sim () Não

G) TEMPO MÉDIO DE ESPERA ENTRE A CONSULTA E A CIRURGIA?

Neste item é necessário destacar as especialidades, separadamente, considerando que o que estabelece a especialidade é o código do procedimento e não o CBO do profissional que o executa, por exemplo: Grupo 04 e Subgrupo 08 – Especialidade de Traumatologia/Ortopedia; Grupo 04 e Subgrupo 03 – Especialidade de Neurologia e assim por diante.

VI – AVALIAÇÃO DOS INCENTIVOS ESTADUAIS:

A) AVALIAÇÃO DO PROGRAMA ASSISTIR:

TIPOS DE SERVIÇO

POSSUI AGAR? () SIM () NÃO () TIPO I () TIPO II

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

1. Realiza atendimento multiprofissional em regime ambulatorial às gestantes de alto risco ou que necessitem acompanhamento periódico devido a doenças prévias ou próprias da gestação. O atendimento deve ser de forma compartilhada pelas equipes da APS, na modalidade interdisciplinar de atenção contínua, de acordo com as competências e atribuições de cada categoria profissional? () Sim () Não
2. Estabelece fluxos com Serviços Hospitalares de referência à gravidez de alto risco, em acordo com os parâmetros assistenciais e referências pactuadas com possíveis atualizações da mesma e portarias estaduais que venham a completá-la? () Sim () Não
3. Realiza ações de capacitação e apoio matricial/matriciamento da Rede de Atenção que realiza pré-natal, auxiliando na condução do pré-natal de risco habitual e de alto risco nos demais níveis de atenção, empaticular na atenção primária? () Sim () Não
4. Adota o desenho de referências regionalizadas conforme pactuação e linha de cuidado da Rede de Atenção Materno-Infantil do RS? () Sim () Não
5. Utiliza as diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas recomendadas/adotadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde-RS e instituir a classificação de risco da gestação de acordo com as diretrizes do Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, de outubro de 2010, ou atualizações do mesmo? () Sim () Não
6. Adota o desenho da linha de cuidado da Rede Cegonha no RS como modelo da linha de cuidado do AGAR, devendo estar vinculado a uma maternidade de alto risco, que deverá ser a referência de

atendimento ao parto e intercorrências obstétricas gestacionais nas pacientes que não preencherem critérios de alta do ambulatório de Gestação de alto risco? () Sim () Não

7. Garante acesso aos exames necessários para atenção integral no alto risco, conforme recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS? () Sim () Não

8. Utiliza os critérios de encaminhamento da atenção básica para o AGAR, bem como para classificação de prioridade, que constam na Nota Técnica do Pré-natal na Atenção Básica, RESOLUÇÃO Nº 022/19-CIB/RS, e no Protocolo de Encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco) do TELESSAÚDE/UFRGS/RS de 2019 e da Regulação Estadual, e as atualizações dos mesmos? () Sim () Não

9. Realiza o registro do atendimento no prontuário, caderneta da gestante, formulários, encaminhamentos, laudos? () Sim () Não

10. Participa dos comitês de mortalidade infantil, fetal e materno, colegiados de maternidade, Grupo Condutor da Rede Cegonha, Fóruns Perinatais e outros espaços intra e intersetoriais? () Sim () Não

11. Utiliza o SISPRENATAL, ou outro sistema oficial com capacidade de integração de dados, mantendo versão atualizada, como sistema de acompanhamento das gestantes de alto risco? () Sim () Não

12. Realiza monitoramento de resultados e indicadores em consonância com as metas pactuadas para contribuir na redução da morbimortalidade materna e infantil? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

AGAR I

13. Possui Enfermeiro com a carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não

14. Possui Assistente Social com a carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não

15. Possui Psicólogo com carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não

16. Possui Nutricionista com a carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não

17. Possui médico Obstetra com experiência no atendimento à gestante de alto risco por turno de serviço com carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não

18. Possui médico Clínico Geral com carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não

19. Realiza o mínimo de 70 primeiras consultas e 3.050 consultas de retorno ou acompanhamento no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual, respeitando a carga horária mínima semanal de 40 horas e 06 consultas por turno por profissional? () Sim () Não

20. Realiza o mínimo de 832 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual, respeitando a carga horária mínima semanal de 08 horas e 08 consultas por turno por profissional? () Sim () Não

21. Realiza o mínimo de 8.400 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual? () Sim () Não

22. Realiza estes exames e procedimentos sempre que necessário, não havendo negativa de atendimento ou acesso?

- 02.11.04.006-1 - tococardiografia ante-parto () Sim () Não
- 02.05.02.014-3 - ultrassonografia obstétrica () Sim () Não
- 02.05.02.015-1 - ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado () Sim () Não
- 02.11.02.003-6 - eletrocardiograma () Sim () Não
- 02.02.02.002-9 - contagem de plaquetas () Sim () Não
- 02.02.01.069-4 - dosagem de ureia () Sim () Não
- 02.02.09.008-6 - dosagem de creatinina () Sim () Não
- 02.02.01.012-0 - dosagem de ácido úrico () Sim () Não
- 02.02.01.061-9 - dosagem de proteínas totais () Sim () Não
- 02.02.01.007-4 - determinação de curva glicêmica clássica (5 dosagens) () Sim () Não

23. Quando necessário o serviço realiza os exames complementares necessários para o cuidado integral de algumas gestantes? () Sim () Não

AGAR II

24. Possui Enfermeiro com a carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não

25. Possui Assistente Social com a carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não

26. Possui Psicólogo com carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não

27. Possui Nutricionista com a carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não

28. Possui médico Obstetra com experiência no atendimento à gestante de alto risco por turno de serviço com carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não

29. Possui médico Clínico Geral com carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não

30. Possui quatro Médicos em Medicina Fetal, Endocrinologia e Cardiologia? () Sim () Não
31. Possui mais dois profissionais (Neurologista, Geneticista, Fisiatra, Fisioterapeuta, Educador Físico ou outro)? () Sim () Não
32. Realiza o mínimo de 70 primeiras consultas e 3.050 consultas de retorno ou acompanhamento no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual, respeitando a carga horária mínima semanal de 40 horas e 06 consultas por turno por profissional? () Sim () Não
33. Realiza o mínimo de 832 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual, respeitando a carga horária mínima semanal de 08 horas e 08 consultas por turno por profissional? () Sim () Não
34. Realiza o mínimo de 8.400 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual? () Sim () Não
35. Realiza estes exames e procedimentos sempre que necessário, não havendo negativa de atendimento ou acesso?
- 02.11.04.006-1 - tocardiografia ante-parto () Sim () Não
 - 02.05.02.014-3 - ultrassonografia obstétrica () Sim () Não
 - 02.05.02.015-1 - ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 - eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.02.02.002-9 - contagem de plaquetas () Sim () Não
 - 02.02.01.069-4 - dosagem de ureia () Sim () Não
 - 02.02.09.008-6 - dosagem de creatinina () Sim () Não
 - 02.02.01.012-0 - dosagem de ácido úrico () Sim () Não
 - 02.02.01.061-9 - dosagem de proteínas totais () Sim () Não
 - 02.02.01.007-4 - determinação de curva glicêmica clássica (5 dosagens) () Sim () Não
36. Quando necessário o serviço realiza os exames complementares necessários para o cuidado integral de algumas gestantes? () Sim () Não

POSSUI AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS E/OU AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES PRIORITÁRIAS? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

37. Disponibiliza mensalmente, no mínimo 20% a agenda para as primeiras consultas, à regulação estadual/ou municipal? () Sim () Não
38. Mantém a lista de espera para cirurgia atualizada no sistema GERINT? () Sim () Não
39. Preenche a Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento (DITA) quando houver impossibilidade de acolher o encaminhamento? () Sim () Não
40. Qual o número total de DITAs emitidas pelo prestador no período avaliado? _____
41. Do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de profissionais que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? _____
42. Do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de equipamentos que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? _____
43. Do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de estrutura física que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? _____
44. Do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de exames que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? _____
45. Na eventualidade de não prestação do serviço incentivado, o prestador apresentou plano para recuperar atendimentos/serviços não prestados? () Sim () Não. Se sim, anexar o plano de recuperação aprovado pela CAC.

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM DERMATOLOGIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

46. Possui médico dermatologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
47. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
48. Realiza uma média de 240 consultas por mês? () Sim () Não

49. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.04 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.03 - cito/histopatologia () Sim () Não
 - 02.01.01.037-2 - biopsia de pele e partes moles () Sim () Não
 - 02.01.01.002-0 - biopsia / punção de tumor superficial da pele () Sim () Não
50. Referência os pacientes para os serviços que atendam cirurgia geral, cirurgia plástica ou oncologia quando necessário? () Sim () Não
51. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM TRAUMATO/ORTOPEDIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

52. Possui médico traumato/ortopedista com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
53. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
54. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
55. Possui técnico de gesso? () Sim () Não
56. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico traumato/ortopedista? () Sim () Não
57. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.04 - RX () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.07 - RNM (pode ser terceirizado) () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia Computadorizada (pode ser terceirizado) () Sim () Não
58. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? () Sim () Não
59. Referência os pacientes para os serviços que atendam procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia para unidade habilitada em alta complexidade em traumato/ortopedia quando necessário? () Sim () Não
60. Referência os pacientes para os serviços de Reabilitação física ou CER com modalidade de reabilitação física no caso de necessidade de OPMs quando necessário? () Sim () Não
61. Referência os pacientes para os serviços de fisioterapia nos municípios para tratamento conservador pré e pós cirúrgico quando necessário? () Sim () Não
62. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não
63. Atende o mínimo de duas subespecialidades e garante os exames diferenciais? Quais subespecialidades atende?
- 04.08.01 - Cintura Escapular - ENMG, videoartroscopia () Sim () Não
 - 04.08.02 - Membros Superiores - ENMG () Sim () Não
 - 04.08.03 - Coluna Vertebral e Caixa Torácica - não possui () Sim () Não
 - 04.08.04 - Cintura Pélvica - não possui () Sim () Não
 - 04.08.05 - Membros Inferiores - ENMG, videoartroscopia () Sim () Não
 - 04.08.06 - Gerais - não possui () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA GERAL () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

64. Possui médico cirurgião geral com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
65. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
66. Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico cirurgião geral? () Sim () Não
67. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.04 - RX () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
68. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? () Sim () Não

69. Referência os pacientes para os serviços que atendam procedimentos com necessidade de uso de altatecnologia quando necessário? () Sim () Não
70. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

71. Possui médico cirurgião urologista com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
72. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
73. Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico urologista? () Sim () Não
74. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.09.02.001-6 - Cistoscopia () Sim () Não
 - 02.11.09.001-8 - Estudo urodinâmico () Sim () Não
 - 02.11.09.007-7 - Urofluxometria livre () Sim () Não
 - 02.04.05.017-0 - Uretrocistografia miccional () Sim () Não
 - 02.04.05.018-9 - Urografia excretora () Sim () Não
 - 02.11.09.002-6 - Cateterismo de uretra () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.05.02.011-9 - US Próstata transretal com biópsia de próstata – 02.01.01.041-0 () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia abdômen total () Sim () Não
75. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínicapré cirúrgica e avaliação pré anestésica? () Sim () Não
76. Referência os pacientes para os serviços que atendam procedimentos com necessidade de uso de altatecnologia e/ou unidade de alta complexidade em oncologia quando necessário? () Sim () Não
77. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA LITOTRIPSIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

78. Possui médico cirurgião urologista com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
79. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
80. Realiza uma média de 120 consultas por mês com médico cirurgião? () Sim () Não
81. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.04.05.013-8 – Raio X simples de abdômen () Sim () Não
 - 02.05.02.005-4 - Ultrassonografia do trato urinário () Sim () Não
 - 02.06.03.003-7 - Tomografia do abdômen () Sim () Não
 - 02.04.05.018-9 - Urografia excretora () Sim () Não
82. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? () Sim () Não
83. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

84. Possui médico cirurgião bucomaxilofacial com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
85. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
86. Possui fonoaudiólogo? () Sim () Não
87. Realiza uma média de 120 consultas por mês com médico cirurgião bucomaxilofacial? () Sim () Não
88. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- Avaliação clínica pré-operatória, exames de imagem (Raio X extra oral- Panorâmico e Raio Xintrabucais – periapical e interproximal) () Sim () Não
 - 02.02 - Laboratório de análises clínicas () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia Computadorizada () Sim () Não

- 02.04 - Raio X () Sim () Não
- 89. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínicapré cirúrgica e avaliação pré anestésica? () Sim () Não
- 90. Atende pacientes de todas as faixas etárias? () Sim () Não
- 91. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ODONTOLOGIA HOSPITALAR PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

- 92. Possui no mínimo um Cirurgião-Dentista, preferencialmente especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e/ou Bucomaxilofacial e/ou com experiência em ambiente hospitalar? () Sim () Não
- 93. Possui no mínimo um auxiliar ou técnico em saúde bucal? () Sim () Não
- 94. Possui médico anesthesiologista? () Sim () Não
- 95. Equipe auxiliar de enfermagem? () Sim () Não
- 96. Realiza no mínimo de 30 consultas/mês, reguladas, com número de novos ingressos definido pela população de referência e % de PCDs nesta região? () Sim () Não
- 97. Disponibiliza avaliação clínica pré-operatória, exames de imagem (RX extra oral- Panorâmico e RX intrabucal - periapical e interproximal), exames laboratoriais? () Sim () Não
- 98. Disponibiliza os seguintes procedimentos aos pacientes?
 - 01.01.02.006-6 - Aplicação de selante (por dente) () Sim () Não
 - 01.01.02.007-4 - Aplicação tópica de flúor (individual por sessão) () Sim () Não
 - 01.01.02.009-0 - Selamento provisório de cavidade dentária () Sim () Não
 - 02.01.01.052-6 - Biópsia dos tecidos moles da boca () Sim () Não
 - 03.07.01.001-5 - Capeamento pulpar () Sim () Não
 - 03.07.01.002-3 - Restauração de dente decíduo () Sim () Não
 - 03.07.01.003-1 - Restauração de dente permanente anterior () Sim () Não
 - 03.07.01.004-0 - Restauração de dente permanente posterior () Sim () Não
 - 03.07.01.005-8 - Tratamento de nevralgias faciais () Sim () Não
 - 03.07.02.001-0 - Acesso a polpa dentária e medicação (por dente) () Sim () Não
 - 03.07.02.002-9 - Curativo de demora c/ ou s/ preparo Biomecânico () Sim () Não
 - 03.07.02.003-7 - Obturação de dente decíduo () Sim () Não
 - 03.07.02.004-5 - Obturação em dente permanente birradicular () Sim () Não
 - 03.07.02.005-3 - Obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes () Sim () Não
 - 03.07.02.006-1 - Obturação em dente permanente unirradicular () Sim () Não
 - 03.07.02.007-0 - Pulpotomia dentária () Sim () Não
 - 03.07.03.002-4 - Raspagem alisamento subgengivais (por sextante) () Sim () Não
 - 03.07.03.003-2 - Raspagem corono-radicular (por sextante) () Sim () Não
 - 04.01.01.003-1 - Drenagem de abscesso () Sim () Não
 - 04.01.01.008-2 - Frenectomia () Sim () Não
 - 04.04.02.009-7 - Excisão e sutura de lesão na boca () Sim () Não
 - 04.04.02.010-0 - Excisão em cunha do lábio () Sim () Não
 - 04.14.02.007-3 - Curetagem periapical () Sim () Não
 - 04.14.02.012-0 - Exodontia de dente decíduo () Sim () Não
 - 04.14.02.013-8 - Exodontia de dente permanente () Sim () Não
 - 04.14.02.014-6 - Exodontia múltipla c/ alveoloplastia por sextante () Sim () Não
 - 04.14.02.015-4 - Gengivectomia (por sextante) () Sim () Não
 - 04.14.02.016-2 - Gengivoplastia (por sextante) () Sim () Não
 - 04.14.02.017-0 - Glossorrafia () Sim () Não
 - 04.14.02.020-0 - Marsupialização de cistos e pseudocistos () Sim () Não
 - 04.14.02.021-9 - Odontosecção / radilectomia / tunelização () Sim () Não
 - 04.14.02.024-3 - Reimplante e transplante dental (por elemento) () Sim () Não
 - 04.14.02.027-8 - Remoção de dente retido (incluso / impactado) () Sim () Não
 - 04.14.02.029-4 - Remoção de tórus e exostoses () Sim () Não
 - 04.14.02.037-5 - Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante) () Sim () Não
 - 04.14.02.038-3 - Tratamento de alveolite () Sim () Não

- 04.14.02.040-5 - Ulotomia/ulectomia () Sim () Não
99. Realiza o quantitativo de cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica de acordo com o número de novos ingressos mês? () Sim () Não
100. O serviço adota o protocolo de atendimento no serviço de odontologia hospitalar para pessoas com deficiência constante na Portaria SES nº 537/2021? () Sim () Não
101. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ENDOCRINOLOGIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

102. Possui médico endocrinologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
103. Possui nutricionista e enfermeiro com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
104. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico cirurgião? () Sim () Não
105. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.01.01.047-0 - Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de nódulos tireoidianos () Sim () Não
 - 02.04 – Raio X () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.08.03.001-8 - Cintilografia das paratireoides () Sim () Não
 - 02.08.03.002-6 – Cintilografia de tireoide com ou sem captação () Sim () Não
 - 02.06.01.006-0 - Tomografia de sela túrcica () Sim () Não
 - 02.07.01.007-2 - RNM sela túrcica () Sim () Não
 - 02.04.06.002-8 - Densitometria () Sim () Não
106. Referencia os pacientes para os serviços de cirurgia geral ou serviço de alta complexidade em oncologia e/ou obesidade quando necessário? () Sim () Não
107. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GASTROENTEROLOGIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

108. Possui médico gastroenterologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
109. Possui nutricionista com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
110. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
111. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico gastroenterologista? () Sim () Não
112. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.04 – Raio X () Sim () Não
 - 02.09.01.003-7 - Endoscopia Digestiva Alta () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.09.01.001-0 colangiopancreatografia retrógrada (via endoscópica) () Sim () Não
 - 04.07.03.025-5 - colangiopancreatografia retrógrada endoscópica terapêutica (FAEC) - (hospitais que já possuem o equipamento é obrigatório a oferta do procedimento) () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia Computadorizada () Sim () Não
 - 02.07 - RNM abdômen () Sim () Não
 - 02.07.03.004-9 - Ressonância magnética de vias biliares/colangiorressonância () Sim () Não
113. Referencia os pacientes para os serviços de cirurgia geral ou oncologia e contrarreferência do mesmo, para acompanhamento do paciente após cirurgia em acompanhamento ambulatorial quando necessário? () Sim () Não
114. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

115. Possui médico gastroenterologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
116. Possui nutricionista com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
117. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
118. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico gastroenterologista? () Sim () Não
119. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.04 – Raio X () Sim () Não
 - 02.09.01.003-7 - Endoscopia Digestiva Alta () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.09.01.001-0 colangiopancreatografia retrógrada (via endoscópica) () Sim () Não
 - 04.07.03.025-5 - colangiopancreatografia retrógrada endoscópica terapêutica (FAEC) - (hospitais que já possuem o equipamento é obrigatório a oferta do procedimento) () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia Computadorizada () Sim () Não
 - 02.07 - RNM abdômen () Sim () Não
 - 02.07.03.004-9 - Ressonância magnética de vias biliares/colangiorressonância () Sim () Não
120. Referencia os pacientes para os serviços de cirurgia geral, pediátrica ou oncologia e contrarreferência domesmo, para acompanhamento do paciente após cirurgia em acompanhamento ambulatorial quando necessário? () Sim () Não
121. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GENÉTICA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

122. Possui médico geneticista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
123. Possui biomédico, bioquímico, nutricionista e, enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
124. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico gastroenterologista? () Sim () Não
125. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
126. Referencia os pacientes para os serviços de doenças raras quando necessário? () Sim () Não
127. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GINECOLOGIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

128. Possui médico cirurgião Ginecologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
129. Possui enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
130. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
131. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico ginecologista? () Sim () Não
132. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica? () Sim () Não
133. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.04 - RX () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia (mama, transvaginal, abdômen total) () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia () Sim () Não
 - 02.07 - RNM () Sim () Não
 - 02.04.03 - Mamografia () Sim () Não
 - 02.04.06.002-8 - Densitometria óssea () Sim () Não
134. Referencia os pacientes para os serviços com procedimentos de necessidade de uso de alta tecnologia quando necessário? () Sim () Não
135. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEUROLOGIA ADULTO () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

136. Possui médico neurologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30horas semanais? () Sim () Não
137. Possui fisioterapeuta, psicólogo e fonoaudiólogo com carga horária mínima de 20 horas semanais?
138. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
139. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico neurologista? () Sim () Não
140. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.11.05 - EEG sono e vigília () Sim () Não
 - 02.11.05.008-3 - ENMG () Sim () Não
 - 02.07 - RNM com sedação e sem sedação () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia com sedação e sem sedação () Sim () Não
 - 02.07.01.001-3 - Angiorressonância com e sem sedação () Sim () Não
141. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em neurologia quando necessário?() Sim () Não
142. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEUROLOGIA INFANTIL () SIM () NÃO**Classificação e equipe mínima**

143. Possui médico neurologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30horas semanais? () Sim () Não
144. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
145. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
146. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico neurologista? () Sim () Não
147. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.05.02.017-8 - US Transfontanela () Sim () Não
 - 02.11.05 - EEG sono e vigília () Sim () Não
 - 02.11.05.008-3 - ENMG () Sim () Não
 - 02.07 - RNM com e sem sedação () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia com e sem sedação () Sim () Não
 - 02.07.01.001-3 - Angiorressonância com e sem sedação () Sim () Não
148. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em neurologia e Serviços de Reabilitaçãoou Centro Especializado em Reabilitação (CER) quando necessário? () Sim () Não
149. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CARDIOLOGIA () SIM () NÃO**Classificação e equipe mínima**

150. Possui médico cardiologia, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30horas semanais? () Sim () Não
151. Possui nutricionista? () Sim () Não
152. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
153. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico cardiologista? () Sim () Não
154. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.05.01.003-2 - Ecocardiograma transtorácico () Sim () Não
 - 02.05.01.002-4 - Ecocardiograma transesofágico () Sim () Não
 - 02.11.02.004-4 - Holter () Sim () Não
 - 02.11.02.006-0 - Prova de esforço () Sim () Não
155. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em cardiologia quando necessário? () Sim () Não
156. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

157. Possui médico oftalmologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
158. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
159. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico oftalmologista? () Sim () Não
160. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.11.06.028-3 - Tomografia de Coerência Óptica () Sim () Não
 - 02.05.02.002-0 Paquimetria Ultrassônica () Sim () Não
 - 02.05.02.008-9 Ultrassonografia do Globo Ocular/ Órbita monocular
 - 02.11.06.001-1 Biometria Ultrassônica (monocular)
 - 02.11.06.002-0 - Biomicroscopia de Fundo Olho () Sim () Não
 - 02.11.06.003-8 - Campimetria () Sim () Não
 - 02.11.06.005-4 - Ceratometria () Sim () Não
 - 02.11.06.006-2 - Curva Diária de Pressão Ocular - CDPO () Sim () Não
 - 02.11.06.012-7 - Mapeamento de Retina com gráfico () Sim () Não
 - 02.11.06.015-1 - Potencial Acuidade Visual () Sim () Não
 - 02.11.06.017-8 - Retinografia Colorida Binocular () Sim () Não
 - 02.11.06.018-6 - Retinografia Fluorescente Binocular () Sim () Não
 - 02.11.06.010-0 - Fundoscopia () Sim () Não
 - 02.11.06.011-9 - Gonioscopia () Sim () Não
 - 02.11.06.014-3 - Microscopia Especular de Córnea () Sim () Não
 - 02.11.06.022-4 - Teste Visão de Cores () Sim () Não
 - 02.11.06.023-2 - Teste Ortóptico () Sim () Não
 - 02.11.06.026-7 - Topografia Computadorizada de Córnea () Sim () Não
 - 02.11.06.025-9 - Tonometria () Sim () Não
161. Realiza no mínimo de 100 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar? () Sim () Não
162. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em oftalmologia e/ou Serviço de Oftalmologia com DMRI e RD quando necessário? () Sim () Não
163. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA PARA TRATAMENTO DERETINOPATIA DIABÉTICA (RD) E DEGENERAÇÃO MACULAR RELACIONADA À IDADE (DMRI) () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

164. Possui médico oftalmologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
165. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
166. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico oftalmologista? () Sim () Não
167. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.11.06.028-3 - Tomografia de Coerência Óptica () Sim () Não
 - 02.05.02.002-0 Paquimetria Ultrassônica () Sim () Não
 - 02.05.02.008-9 Ultrassonografia do Globo Ocular/ Órbita monocular
 - 02.11.06.001-1 Biometria Ultrassônica (monocular)
 - 02.11.06.002-0 - Biomicroscopia de Fundo Olho () Sim () Não
 - 02.11.06.003-8 - Campimetria () Sim () Não
 - 02.11.06.005-4 - Ceratometria () Sim () Não
 - 02.11.06.006-2 - Curva Diária de Pressão Ocular - CDPO () Sim () Não
 - 02.11.06.012-7 - Mapeamento de Retina com gráfico () Sim () Não
 - 02.11.06.015-1 - Potencial Acuidade Visual () Sim () Não
 - 02.11.06.017-8 - Retinografia Colorida Binocular () Sim () Não
 - 02.11.06.018-6 - Retinografia Fluorescente Binocular () Sim () Não
 - 02.11.06.010-0 - Fundoscopia () Sim () Não
 - 02.11.06.011-9 - Gonioscopia () Sim () Não

- 02.11.06.014-3 - Microscopia Especular de Córnea () Sim () Não
 - 02.11.06.022-4 - Teste Visão de Cores () Sim () Não
 - 02.11.06.023-2 - Teste Ortóptico () Sim () Não
 - 02.11.06.026-7 - Topografia Computadorizada de Córnea () Sim () Não
 - 02.11.06.025-9 - Tonometria () Sim () Não
168. Realiza no mínimo de 100 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar? () Sim () Não
169. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em oftalmologia quando necessário? () Sim () Não
170. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OTORRINOLARINGOLOGIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

171. Possui médico otorrinolaringologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não
172. Possui fonoaudiólogo com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
173. Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico otorrinolaringologista? () Sim () Não
174. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.04 – Raio X () Sim () Não
 - 02.11.07.002-5 - Audiometria de reforço visual + 02.11.07.020-3 - Imitanciometria () Sim () Não
 - 02.11.07.004-1 - Audiometria tonal limiar () Sim () Não
 - 02.11.07.020-3 - Imitanciometria () Sim () Não
 - 02.11.07.021-1 - Logoaudiometria () Sim () Não
 - 02.11.07.005-0 - Avaliação auditiva comportamental infantil + Impedanciometria () Sim () Não
 - 02.11.07.034-3 - Avaliação do processamento auditivo () Sim () Não
 - 02.09.04.004-1 - Videolaringoscopia () Sim () Não
 - 02.11.07.027-0 - Potencial evocado auditivo para triagem auditiva (PEATE ou BERA) () Sim () Não
 - 02.11.07.026-2 - Potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência (PEATE ou BERA) () Sim () Não
 - 02.11.07.035-1 - Testes vestibulares () Sim () Não
 - 02.11.07.014-9 - Emissões otoacústicas evocadas p/ triagem auditiva (teste da orelhinha) () Sim () Não
175. Realiza no mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica, considerando apenas os procedimentos realizados a nível hospitalar? () Sim () Não
176. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em oncologia ou de reabilitação auditiva quando necessário? () Sim () Não
177. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PNEUMOLOGIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

178. Possui médico pneumologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
179. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
180. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
181. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico pneumologista? () Sim () Não
182. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.01.01.042-9 - Punção e biópsia de tórax () Sim () Não
 - 02.04 – Raio X () Sim () Não
 - 02.11.08.005-5 - Espirometria () Sim () Não
 - 02.07 - RNM () Sim () Não
 - 02.06 – Tomografia () Sim () Não
 - 02.11.08.002-0 Gasometria () Sim () Não
183. Referencia os pacientes para os serviços de Cirurgia Torácica e/ou Serviço de Alta Complexidade em Oncologia quando necessário? () Sim () Não

184. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA TORÁCICA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

185. Possui médico cirurgião torácico, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
186. Possui fisioterapeuta? () Sim () Não
187. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
188. Realiza uma média de 120 consultas por mês com médico cirurgião torácico? () Sim () Não
189. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.01.01.042-9 - Punção e biópsia de tórax () Sim () Não
 - 02.04 - Raio X () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.09.04.001-7 - Broncoscopia () Sim () Não
 - 02.11.08.005-5 - Espirometria () Sim () Não
 - 02.07 - RNM () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia () Sim () Não
 - 02.08 - Cintilografia () Sim () Não
190. Realiza no mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar? () Sim () Não
191. Referencia os pacientes para Serviço de Alta Complexidade em Oncologia, ambulatório de Pneumologia quando necessário? () Sim () Não
192. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM COLOPROCTOLOGIA (PROCTOLOGIA) () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

193. Possui pelo menos 1 médico coloproctologista e 1 médico cirurgião geral, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
194. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
195. Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico coloproctologista? () Sim () Não
196. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.01.01 - Biópsias () Sim () Não
 - 02.04 - RX () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.09.01.002-9 - colonoscopia (coloscopia) () Sim () Não
 - 02.09.01.005-3 - Retossigmóideoscopia () Sim () Não
 - 02.06.03 - Tomografia abdômen () Sim () Não
 - 02.07.03 - RNM Abdômen e pelve () Sim () Não
197. Realiza no mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar? () Sim () Não
198. Referencia os pacientes para Serviço de Alta Complexidade em Oncologia quando necessário? () Sim () Não
199. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM REUMATOLOGIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

200. Possui médico reumatologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
201. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
202. Possui farmacêutico responsável com carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não
203. Possui enfermeiro capacitado? () Sim () Não

204. Possui terapeuta ocupacional? () Sim () Não
205. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico reumatologista? () Sim () Não
206. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.04 – Raio X de articulações () Sim () Não
 - 02.07 - RNM () Sim () Não
207. Referencia os pacientes para serviço de traumatologia Serviço de Reabilitação física ou CER com modalidade de reabilitação física no caso de necessidade de OPMs quando necessário? () Sim () Não
208. Referencia os pacientes para serviço de fisioterapia nos Municípios para tratamento conservador quando necessário? () Sim () Não
209. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PLÁSTICA REPARADORA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

210. Possui médico cirurgião plástico, com no mínimo 2 cirurgiões,, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
211. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
212. Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico cirurgião plástico? () Sim () Não
213. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.11.02006-0 - Teste de esforço / Teste ergométrico () Sim () Não
 - 02.04 – Raio X () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia () Sim () Não
 - 04.10 - Cirurgia de Mama () Sim () Não
 - 04.13 - Cirurgia Reparadora () Sim () Não
 - 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora Pós-cirurgia Bariátrica
214. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínicapré cirúrgica e avaliação pré-anestésica? () Sim () Não
215. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA VASCULAR () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

216. Possui médico cirurgião vascular, com no mínimo 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
217. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
218. Realiza uma média de 120 consultas por mês com médico cirurgião vascular? () Sim () Não
219. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.05.01.004-0 - Ultrassonografia doppler vasos () Sim () Não
 - 02.10.01.007-0 Arteriografias de membros () Sim () Não
 - 02.10.01 Flebografia () Sim () Não
 - 04.18.01 - acessos para diálise () Sim () Não
 - 04.18.02 - intervenções cirúrgicas em acessos para diálise () Sim () Não
220. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínicapré cirúrgica e avaliação pré-anestésica? () Sim () Não
221. Referencia os pacientes para Serviço de Alta complexidade Cardiovascular quando necessário? () Sim () Não
222. Contrarreferencia os pacientes para serviços de hemodiálise a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA BARIÁTRICA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

223. Possui médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo, com no mínimo 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional? () Sim () Não
224. Possui nutricionista? () Sim () Não
225. Possui psicólogo ou psiquiatra? () Sim () Não
226. Possui clínico geral ou endocrinologista? () Sim () Não
227. Possui equipe complementar? () Sim () Não
228. Realiza uma média de 120 acompanhamentos pré e pós cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional? () Sim () Não
229. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.04.03 – Raio X simples de tórax () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia Transtorácico () Sim () Não
 - 02.05.01.004-0 - Ultrassonografia Doppler Colorido (até 3 vasos) () Sim () Não
 - 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia de Abdomen Total () Sim () Não
 - 02.09.01.003-7 - Esofagogastroduodenoscopia () Sim () Não
 - 02.11.08.005-5 - Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador (espirometria) () Sim () Não
 - 04.07.01.012-2-Gastrectomia c/ ou s/ desvio duodenal () Sim () Não
 - 04.01.01.73-Gastroplastia c/ derivação intestinal () Sim () Não
 - 04.07.01.018-1-Gastroplastia vertical com banda () Sim () Não
 - 04.07.01.036-0-Gastrectomia vertical em manga (sleeve) () Sim () Não
 - 04.07.01.038-6-Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia () Sim () Não
 - 03.01.12.005-6-Acompanhamento de Paciente Pós-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional () Sim () Não
 - 03.01.12.008-0- Acompanhamento de Paciente Pré-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional () Sim () Não
230. Realiza o mínimo de 15 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínicapré cirúrgica e avaliação pré-anestésica? () Sim () Não
231. Contrarreferencia os pacientes para a atenção primária ou Ambulatório de doenças crônicas e idosos? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

232. Possui médico endocrinologista, com Registro de Qualificação Profissional? () Sim () Não
233. Possui médico psiquiatra com Registro de Qualificação com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
234. Possui médico clínico geral com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
235. Possui psicólogo, assistente social e enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
236. Possui equipe complementar? () Sim () Não
237. Possui médico urologista, médico ginecologista e fonoaudiólogo? () Sim () Não
238. Realiza uma média de 240 consultas médicas por mês? () Sim () Não
239. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais (Hemograma + perfil hepático + perfil metabólico + pesquisa de ISTs) () Sim () Não
 - 02.02 - Exames laboratoriais (perfil hormonal: estradiol + testosterona total + SHbg + LH + FSH e prolactina) () Sim () Não
240. Referencia os pacientes para Serviço Especializado no Processo Transsexualizador habilitação 30.01 ou 30.03? () Sim () Não
241. Contrarreferencia os pacientes para a atenção primária? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE PÓS COVID () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

242. Promove o acompanhamento clínico e a reabilitação de pacientes egressos de internação por COVID-19 em leito Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ou leito de enfermaria, que cursaram com seqüelas físicas, cognitivas e/ou psíquicas? () Sim () Não
243. Compõe a Linha do Cuidado Pós COVID-19, como componente da atenção especializada ambulatorial? () Sim () Não
244. Está integrado aos demais pontos de atenção à saúde do seu território? () Sim () Não
245. Desenvolve o compartilhamento do cuidado dos usuários com a Atenção Primária em Saúde (APS), de acordo com o plano de cuidados integrado? () Sim () Não
246. Pauta o processo de trabalho pela educação em saúde coletiva, buscando o fortalecimento da equipe e da rede do território a que pertence. Tais ações perpassam o matriciamento, discussão de planos terapêuticos, debates/interloquções/estudos a partir das necessidades do território, desenvolvimento de pesquisa clínica relacionada ao tema pós COVID-19 e outras ações que qualifiquem o trabalho e a atenção? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

247. Possui médico especialista em clínica médica, com titulação reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina com carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não
248. Possui médico pneumologista ou cardiologista ou neurologista, com titulação reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
249. Possui enfermeiro com carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não
250. Possui assistente social e farmacêutico com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
251. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 120 horas semanais? () Sim () Não
252. Possui fonoaudiólogo com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
253. Possui nutricionista e psicólogo com carga horária mínima de 40 horas semanais cada? () Sim () Não
254. Possui terapeuta ocupacional com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
255. Realiza uma média de 480 consultas médicas por mês? () Sim () Não
256. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02-Diagnóstico em Laboratório Clínico () Sim () Não
 - 02.04-Diagnóstico por Radiologia () Sim () Não
 - 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia Transtorácica () Sim () Não
 - 02.05.01.004-0 - Ultrassonografia Doppler de Vasos (até 3 vasos) () Sim () Não
 - 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia Abdômen Total () Sim () Não
 - 0206020031-Tomografia Computadorizada de Tórax () Sim () Não
 - 0211020036-Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 0211020060-Teste Esforço/T. Ergométrico () Sim () Não
 - 0211080055-Espirometria ou Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador () Sim () Não
 - 0211080080-Teste de Caminhada de 6 Minutos () Sim () Não
 - 0401010015-Curativo Grau II c/ ou s/ Debridamento () Sim () Não
257. Referencia os pacientes para Serviço de pneumologia, serviço de reabilitação, serviço de alta complexidade cardiovascular, serviço de alta complexidade em neurologia? () Sim () Não
258. Contrarreferencia os pacientes para a atenção primária? () Sim () Não

PLANTÃO PRESENCIAL () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

259. Oferece plantão 24 horas com médico plantonista presencial em cada especialidade habilitada para recebimento do incentivo? () Sim () Não
260. É retaguarda de UTI, para atendimento nas especialidades referidas no com disponibilidade de 100% dos leitos para a gerência do complexo Regulador Estadual, acordando com o conceito de “Vaga Sempre”? () Sim () Não
261. Está localizado em município que dispõe de base de SAMU com ambulância Suporte Básico, contando com cobertura de unidade de suporte avançado local ou regional? () Sim () Não
262. É referência/retaguarda a Pronto Atendimento Hospitalar 24 horas e/ou UPA? () Sim () Não
263. Utiliza sistema de acolhimento e triagem de pacientes por Protocolo regulamentado de classificação de risco? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA ADULTOS E PESSOAS IDOSAS? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

264. Atende às condições crônicas de adultos e idosos proporcionando atenção contínua, multiprofissional, proativa e integrada com os demais pontos de atenção à saúde na região? () Sim () Não
265. Atende a população adulta de hipertensos de alto risco e/ou diabéticos de alto e muito alto risco e/ou classificada como grau II de obesidade com comorbidades ou grau III de obesidade? () Sim () Não
266. Atende a população idosa classificada com sobrepeso com comorbidades e/ou classificada como Perfil 2 ou 3 de funcionalidade, a partir do resultado igual ou superior a 7 pontos no instrumento IVCF-20? () Sim () Não
267. Compartilha o cuidado com a atenção à saúde com a APS, de acordo com o plano de cuidados integrado? () Sim () Não
268. Oferece as 04 funções essenciais: assistencial, matriciamento, pesquisa clínica operacional e educação permanente para a APS? () Sim () Não
269. Compromete-se com o alcance dos indicadores de estrutura, processo e resultado previstos em documento específico a ser editado pela SES? () Sim () Não
270. Oferta consultas por equipe multiprofissional, exames especializados, administração de medicamentos e procedimentos conforme documento específico a ser editado pela SES? () Sim () Não
271. Adota o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e do modelo de atenção contínua, constante Portaria SES nº 537/2021 e suas atualizações? () Sim () Não
272. Programa consultas médicas, no mínimo, 2 pacientes/por hora? () Sim () Não
273. Administra medicamentos, quando necessário; bem como, realizar curativo grau II c/ ou s/ debridamento? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

274. Possui enfermeiro coordenador geral e enfermeiro coordenador assistencial com carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não
275. Possui enfermeiro assistencial com carga horária mínima de 178 horas semanais? () Sim () Não
276. Possui enfermeiro assistencial (para cuidados do pé diabético) com carga horária mínima de 27 horas semanais? () Sim () Não
277. Possui enfermeiro ponto de apoio com carga horária mínima de 60 horas semanais? () Sim () Não
278. Possui nutricionista e psicólogo com carga horária mínima de 178 horas semanais? () Sim () Não
279. Possui farmacêutico clínico com carga horária mínima de 148 horas semanais? () Sim () Não
280. Possui assistente social com carga horária mínima de 120 horas semanais? () Sim () Não
281. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 115 horas semanais? () Sim () Não
282. Possui profissional de educação física com carga horária mínima de 74 horas semanais? () Sim () Não
283. Possui técnico de enfermagem com carga horária mínima de 174 horas semanais? () Sim () Não
284. Possui terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, médico angiologista e médico oftalmologista com carga horária mínima de 51 horas semanais? () Sim () Não
285. Possui médico psiquiatra com carga horária mínima de 28 horas semanais? () Sim () Não
286. Possui médico cardiologista com carga horária mínima de 124 horas semanais? () Sim () Não
287. Possui médico endocrinologista com carga horária mínima de 84 horas semanais? () Sim () Não
288. Possui médico nefrologista com carga horária mínima de 27 horas semanais? () Sim () Não
289. Possui médico de Família Comunidade (responsável pela conexão/matriciamento entre as equipes da AB dos territórios e a equipe especializada do ambulatório) com carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não
290. Possui médico geriatra ou com especialização em idoso com carga horária mínima de 74 horas semanais? () Sim () Não
291. Possui os exames e procedimentos de:
- 02.02 - Ultrassonografia Doppler colorido de vasos () Sim () Não
 - 02.11.02.006-0 - Teste Ergométrico () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.05.01.002-4 - Ecocardiografia Transesofágica () Sim () Não
 - 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia Transtorácica () Sim () Não
 - 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia de Abdômen Total () Sim () Não
 - 02.11.02.004-4 - Holter () Sim () Não
 - 02.05.01.001-6 - Ecocardiografia de estresse () Sim () Não
 - 02.11.06.010-0 - Fundoscopia () Sim () Não
 - 04.05.03.004-5 - Fotocoagulação a laser () Sim () Não
 - 02.11.06.017-8 - Retinografia Colorida Binocular () Sim () Não
 - MAPA () Sim () Não

- Avaliação de função e mecânica respiratória () Sim () Não
- Avaliação de movimento (por imagem) () Sim () Não
- Avaliação funcional muscular () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE EGRESSO DE UTI NEONATAL? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

292. Atende às crianças residentes na respectiva área de abrangência, independentemente da localização da UTI neonatal onde ocorreu a internação, conforme fluxograma de referência e contrarreferência? () Sim () Não
293. Mantém a ficha de Acompanhamento Individual, devidamente preenchida conforme modelo constante na Portaria SES nº 537/2021? () Sim () Não
294. Envia à SES/RS relatório mensal com a inclusão das crianças que iniciaram o acompanhamento e com a informação dos dados (data e procedimentos realizados) da visita mensal das demais crianças? () Sim () Não
295. Realiza a aplicação de imunizantes além dos indicados pelo calendário vacinal? () Sim () Não
296. Mantém atualizado o relatório mensal de atividades conforme modelo constante na Portaria SES nº 537/2021? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

297. Possui equipe multiprofissional com Neonatologia, Pediatria, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Serviço Social, Psicologia, Nutrição e suporte de outras especialidades médicas pediátricas como Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Gastroenterologia e Cirurgia Pediátrica? () Sim () Não
298. Possui os exames e procedimentos de:
- Triagem auditiva (EOA, BERA) () Sim () Não
 - Triagem visual (fundoscopia indireta) () Sim () Não
 - Avaliação de crescimento (curvas para prematuros) () Sim () Não
 - Avaliação neurológica (tônus) () Sim () Não
 - Avaliação de desenvolvimento () Sim () Não
 - Teste de Alberta (18 meses) ou Bayley (6 anos) () Sim () Não
 - Exames laboratoriais (anemia) () Sim () Não
 - Protocolos específicos para avaliação da função pulmonar () Sim () Não
 - Densitometria Óssea ou Raio X de ossos longos () Sim () Não
299. Nutrição com condutas a serem adotadas para lactação e complementação com leites especiais, se necessário () Sim () Não
300. Apoio psicossocial com acompanhamento familiar para detecção de situações de risco () Sim () Não
301. Reabilitação em estimulação precoce () Sim () Não

HOSPITAL DE PEQUENO PORTE (sem nenhum Tipo de Serviço incentivado)? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

302. Realiza internação de pacientes clínicos e/ou cirúrgicos? () Sim () Não
303. Realizar atendimentos ambulatoriais? () Sim () Não
304. Está habilitado pelo Ministério da Saúde como hospital de pequeno porte ou possui até 30 leitos no CNES? () Sim () Não
305. Não estar habilitado no ASSISTIR para outro tipo de serviço? () Sim () Não
306. Atende à sua população de referência e, quando solicitado pela regulação estadual ou municipal, aceitar pacientes de internados em hospitais com maior capacidade tecnológica para manutenção e finalização de tratamento? () Sim () Não

LEITOS DE SAÚDE MENTAL? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

307. Apresenta taxa de ocupação mínima de 80% (oitenta por cento), sendo que os hospitais que apresentarem taxa de ocupação média mensal inferior a 60% (sessenta por cento) pelo período de 90 (noventa) dias passarão por reavaliação técnica? () Sim () Não Tx: _____
308. Trabalha para a melhoria constante da qualificação assistencial? () Sim () Não
309. Disponibiliza, através dos sistemas oficiais do Estado, os leitos à regulação estadual? () Sim () Não

310. Oferece educação permanente no ambiente hospitalar e em articulação com os demais equipamentos doterritório, organizando roteiro em educação permanente, o qual deverá ser implementado junto às diferentes equipes intersetoriais de acordo com as necessidades identificadas? () Sim () Não
311. Elabora Plano Terapêutico Singular (PTS) através da equipe multidisciplinar, com a participação do usuário? () Sim () Não
312. Utiliza as guias de referência e contrarreferência para toda a rede de saúde conforme modelo constante na Portaria SES nº 537/2021? () Sim () Não
313. Participa das reuniões da RAPS local e dos Grupos Condutores Regionais para pactuação e acompanhamento da linha de cuidado em saúde mental, com construção conjunta de fluxos de rede de saúde e intersetorial e garantia de acolhimento em diferentes portas de entrada? () Sim () Não
314. Atende às urgências e emergências em saúde mental referenciadas pela RAPS local e/ou regional? () Sim () Não
315. Garante o atendimento do paciente pelo médico clínico plantonista nas situações em que não houver presença do médico psiquiatra na admissão do usuário? () Sim () Não
316. Garante as ações de interconsulta com as demais equipes do hospital e equipes de outros serviços da rede de referência do usuário na perspectiva da integralidade e da continuidade da atenção? () Sim () Não
317. Garante a visita de familiares, rede afetiva e profissionais de referência do usuário durante a internação, de modo a fortalecer as relações sociais? () Sim () Não
318. Articula com os demais serviços da RAPS desde o momento do início da internação, garantindo o acesso e acolhimento do usuário na rede após a alta hospitalar e a corresponsabilização do cuidado? () Sim () Não
319. Promove atividades de educação permanente para os profissionais do hospital em conjunto com os demais serviços da RAPS? () Sim () Não
320. Proporciona aos usuários a participação em espaços terapêuticos em conjunto com a rede extrahospitalar durante a internação? () Sim () Não
321. Considera a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) para prescrição dos psicofármacos disponíveis na Rede no momento da alta do paciente? () Sim () Não
322. Fornece o formulário de solicitação de psicofármacos, quando for o caso, preenchido e assinado pelo médico responsável, para garantia do seguimento do tratamento medicamentoso fora da Instituição? () Sim () Não
323. O número de leitos de atenção integral em Saúde Mental não excede o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do Hospital Geral? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

De 08 a 10 leitos () Sim () Não

324. Possui 02 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno? () Sim () Não
325. Possui 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não
326. Possui 01 médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 10 horas por semana? () Sim () Não

De 11 a 20 leitos () Sim () Não

327. Possui 04 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno e 03 por turno noturno? () Sim () Não
328. Possui 01 enfermeiro por turno? () Sim () Não
329. Possui 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 60 horas semanais? () Sim () Não
330. Possui 01 médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 20 horas por semana? () Sim () Não

De 21 a 30 leitos () Sim () Não

331. Possui 05 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno e 04 por turno noturno? () Sim () Não
332. Possui 01 enfermeiro por turno? () Sim () Não
333. Possui 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 90 horas semanais? () Sim () Não
334. Possui 01 médico clínico responsável pelas interconsultas? () Sim () Não
335. Possui 01 ou 02 médicos psiquiatras responsáveis pelos leitos, contabilizando carga horária total de 30 horas por semana? () Sim () Não

LEITOS DE SAÚDE PRISIONAL? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

336. Interna população privada de liberdade? () Sim () Não

337. Possui estrutura física capaz de garantir a segurança do paciente internado nestes leitos quanto dos demais pacientes internados? () Sim () Não

LEITOS DE UTI/UCI? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

338. Apresenta uma taxa de ocupação mínima de 80% (não descartando, com isso, a possibilidade de cobrança do Ministério da Saúde sobre sua exigência de taxa de ocupação) a ser avaliada trimestralmente, e considerando a melhoria constante da qualificação assistencial? () Sim () Não

339. Está adequado e cumpre os parâmetros mínimos da RDC 50/2002 e RDC 7/2010 da ANVISA, a PortariaMS/GM 930/2012, a Portaria de Consolidação nº 3 Títulos X e IV do Ministério da Saúde? () Sim () Não

340. Publica, mensalmente, a taxa de mortalidade padronizada (quociente entre a mortalidade verificada sobre a mortalidade esperada), assinada pelo Responsável Técnico? () Sim () Não

341. Garante diagnóstico, a beira do leito, da Retinopatia da Prematuridade (ROP), em todo o recém-nascido internado em leitos de UTI Neo Natal, com peso ao nascer < 1500g e/ou Idade Gestacional < 32 semanas? () Sim () Não

342. Considera nos leitos de UTI Neo Natal, a presença de fatores de risco, tais como: síndrome do desconforto respiratório, sepse, transfusões sanguíneas, gestações múltiplas e hemorragia intracraniana? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

343. Possui equipe técnica, estrutura física, equipamentos, diagnóstico e tratamentos de acordo as normativas RDC 50/2002, RDC 7/2010, Portaria de Consolidação MS nº 3 Títulos X e IV e Portaria MS/GM 930/2012? () Sim () Não

MATERNIDADE DE ALTO RISCO? () Sim () Não

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

344. Apresenta todos os critérios técnicos requisitados na Maternidade de Risco Habitual? () Sim () Não

345. Realiza atendimento de urgência/ emergência obstétrica, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana? () Sim () Não

346. Realiza atendimento em urgência e emergência obstétrica nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana. Assim como fornece retaguarda às urgências e emergências obstétricas e neonatais atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede Cegonha em sua Região de Saúde e garante o encaminhamento responsável? () Sim () Não recebe todas as gestantes de alto risco previamente vinculadas pela atenção básica e/ou ambulatório de gestante de alto risco (AGAR)? () Sim () Não recebe todas as gestantes de alto risco encaminhadas diretamente pelo hospital de referência de risco habitual regional ou pela central de regulação estadual para atender as intercorrências durante a gestação e realização de parto? () Sim () Não

347. Mantém todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para centrais de regulação municipais ou estaduais? () Sim () Não

348. Implanta o acolhimento com classificação de risco em urgências obstétricas, ginecológicas e neonatais? () Sim () Não

349. Mantém a unidade de avaliação da vitalidade fetal pré-natal de alto risco da sua área de referência? () Sim () Não

350. Dispõe de infra-estrutura para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) com equipamentos e estrutura profissional de acordo com as normas e regulamentos vigentes e realiza a inserção gradativa da oferta de UCI Neonatal Convencional e UCI Neonatal Canguru (UCINCa)? () Sim () Não

351. Dispõe de infra-estrutura para Unidade de Terapia Intensiva Adulto com equipamentos e estrutura profissional de acordo com as normas e regulamentos vigentes. No caso do hospital não contar com esse serviço, possui pactuação para retaguarda de suporte imediato? () Sim () Não

352. Mantém Comitê Hospitalar de mortalidade materna e infantil e investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil (10-49 anos) ocorrida no Hospital e envia, periodicamente, os relatórios de investigação para o Departamento de Ações e Políticas Públicas em Saúde da SES? () Sim () Não

353. Estabelece e coloca em prática plano de ação interno para a redução do percentual de cesáreas sempre que a maternidade atingir um percentual de parto normal inferior a 60%. Considerando a Classificação de Robson em Obstetrícia para o monitoramento e implementação de estratégias para redução de cesarianas? () Sim () Não

354. Comunica situações que possam interferir nos atendimentos contratualizados e no fluxo da rede? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

355. Possui Enfermeiro e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não

356. Possui Enfermeiro Obstetra, Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Neonatologista ou Intensivista Pediatra, Médico Pediatra, Nutricionista, Farmacêutico e Psicólogo disponíveis sempre que necessário? () Sim () Não

357. Possui Médico Obstetra disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não

358. Possui Médico Pediatra disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não

359. Possui Médico Anestesiologista disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não

360. Possui, disponível 24 horas por dia, sete dias por semana?

- 02.05.02.014-3 - ultrassonografia obstétrica () Sim () Não
- 02.11.02.003-6 - eletrocardiograma () Sim () Não
- Cardiografia () Sim () Não
- Serviço de radiologia () Sim () Não
- Laboratório clínico () Sim () Não
- Posto de coleta de leite humano () Sim () Não
- Garantir acesso à ultrassonografia com “doppler”, caso necessário () Sim () Não

MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

361. Atende à necessidade estimada de partos pelo Sistema Único de Saúde da região a qual pertence? () Sim () Não

362. Está articulada em rede para receber todos os encaminhamentos advindos da atenção primária à saúde e/ou intercorrências/emergências, durante a gestação ou puerpério e entende e cumpre a de, nas situações em que a gestante estiver internada em uma maternidade de risco habitual e necessite de atendimento de alto risco, seguir o fluxo de contato direto entre os serviços para transferência da paciente dentro de sua referência pactuada? () Sim () Não

363. Está inserido no processo de trabalho da Instituição a Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde, ou atualizações do mesmo, para reorganizar a porta de entrada dos atendimentos, tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico baseado em protocolo fundamentado cientificamente, potencializando o trabalho em equipe dos setores da maternidade, através de uma comunicação institucional sistematizada? () Sim () Não

364. Assume a corresponsabilidade na avaliação e classificação de risco da gestante e a encaminha ao serviço de maior complexidade sempre que necessário? () Sim () Não dispõe de médico obstetra, médico pediatra, médico anestesiologista e enfermeiro nas 24 horas do dia, e assume o compromisso de inserção gradativa da enfermeira obstétrica no processo assistencial? () Sim () Não

365. Cumpre os dispositivos das diretrizes de atenção ao parto normal e ao parto cesariano, conforme recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)? () Sim () Não

366. Segue as recomendações para a prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, conforme orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização? () Sim () Não

367. Assegura o respeito à diversidade cultural, étnica, racial e sexual das gestantes e seus familiares? () Sim () Não

368. Garante a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério, conforme Lei nº 11.108/2005? () Sim () Não

369. Realiza ações de planejamento reprodutivo pós-parto ou abortamento? () Sim () Não

370. Orienta de forma precisa o acesso e uso dos métodos contraceptivos no puerpério, reafirmando o direito de acesso a métodos contraceptivos de escolha da mulher, de modo a não ter uma gravidez não planejada? () Sim () Não

371. Assume o compromisso de inserção gradativa da oferta de DIU pós-parto e abortamento? () Sim () Não

372. Realiza a contrarreferência da mulher para o serviço de atenção primária do seu território, garantindo a continuidade do cuidado? () Sim () Não
373. Realiza a atenção ao puerpério imediato e garantir a longitudinalidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido através do sistema de referência e contrarreferência com a equipe de atenção primária? () Sim () Não
374. Realiza o acolhimento, os primeiros atendimentos e o encaminhamento à rede especializada conforme estabelecido na lei nº 12.845/2013, nos casos de violência sexual? () Sim () Não
375. Encaminha a gestante para os serviços de referência nos casos de aborto previsto em lei ou interrupção legal da gestação? () Sim () Não
376. Realiza as notificações e investigações sanitárias vigentes, principalmente a investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais e para as notificações compulsórias de doenças e agravos durante a gestação em casos de violência? () Sim () Não
377. Estabelece e colocar em prática plano de ação interno para a redução do percentual de cesáreas sempre que a maternidade atingir um percentual de parto normal inferior a 70%, considerando a Classificação de Robson em Obstetrícia para o monitoramento e implementação de estratégias para redução de cesarianas? () Sim () Não
378. Atende às exigências de infraestrutura física, processos e procedimentos preconizados pela legislação dos órgãos de Vigilância Sanitária e do Ministério da Saúde para uma ambiência e realização dos procedimentos adequados às boas práticas de atenção ao parto e nascimento? () Sim () Não
379. Realiza o atendimento hospitalar integral em situações de abortamento utilizando as recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização? () Sim () Não
380. Segue as boas práticas do parto e nascimento conforme recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização? () Sim () Não
381. Segue as recomendações de segurança do paciente conforme orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização? () Sim () Não
382. Assegura o respeito, a proteção e a garantia dos direitos humanos e dos direitos sociais? () Sim () Não
383. Comunica situações que possam interferir nos atendimentos contratualizados e no fluxo da rede? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

384. Possui Enfermeiro e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não
385. Possui Médico Obstetra e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não
386. Possui Médico Pediatra e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não
387. Possui Médico Anestesiologista e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não

HABILITAÇÃO COMO CACON OU UNACON? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

388. Acolhe a todos pacientes com diagnóstico já firmado de câncer ou aqueles que apresentam suspeitas clínicas e foram encaminhados à unidade oncológica e precisam de exames para o diagnóstico? () Sim () Não
389. Ampliou a produção de exames e procedimentos diagnósticos em, no mínimo, 5% (cinco por cento) ao ano? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

390. Possui equipe técnica, estrutura física, equipamentos, diagnóstico e tratamentos de acordo com a Portaria SAES/MS Nº 1.399/2019? () Sim () Não

PORTA DE ENTRADA? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

391. Possui estrutura e equipe capacitada para atendimento e estabilização de paciente crítico? () Sim () Não
392. Dispõe de serviços de apoio diagnóstico, com laboratório clínico e de imagem em tempo integral? () Sim () Não

393. Submete-se à regulação estadual, sem negativa de acesso, conforme as referências pactuadas? () Sim () Não
394. Acolhe, sem negativa de acesso, pacientes de fora das referências pactuadas quando encaminhados pela regulação estadual? () Sim () Não
395. Possui sistema informatizado do SAMU na porta de entrada para receber pacientes e registrar atendimentos? () Sim () Não
396. Estabelece e adota protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e procedimentos administrativos no hospital? () Sim () Não
397. Tem implantado processo de acolhimento com classificação de risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato? () Sim () Não
398. Articula com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), as unidades de pronto atendimento (UPA) e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência? () Sim () Não
399. Submete-se à regulação estadual? () Sim () Não
400. Possui equipe multiprofissional compatível com o porte da porta de entrada hospitalar de urgência? () Sim () Não
401. Organiza o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como “diarista”, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe? () Sim () Não
402. Tem implantado mecanismos de gestão da clínica, visando à: (a) qualificação do cuidado; (b) eficiência de processos; (c) reorganização dos fluxos e processos de trabalho e (d) implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos? () Sim () Não
403. Garante a retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em sua região, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias, conforme previsto no Plano de Ação Regional ou por definição da Secretaria Estadual de Saúde? () Sim () Não
404. Garante o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação? () Sim () Não
405. Realiza o contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

Porte Geral I () Sim () Não

406. Possui até 50 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? () Sim () Não
407. Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem? () Sim () Não
408. Realiza atendimentos clínicos de média complexidade? () Sim () Não

Porte Geral II () Sim () Não

409. Possui de 51 a 99 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? () Sim () Não
410. Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem? () Sim () Não
411. Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade? () Sim () Não

Porte Geral III () Sim () Não

412. Possui mais de 100 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? () Sim () Não
413. Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem, sendo obrigatório Pediatra, Cirurgião e Anestesiologista? () Sim () Não
414. Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade? () Sim () Não

Porte Especializado I () Sim () Não

415. Possui mais de 100 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? () Sim () Não
416. Possui ao menos uma habilitação federal, em alta complexidade, nas especialidades de Traumatologia e/ou Neurologia/Neurocirurgia e/ou Cardiologia? () Sim () Não
417. Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem, sendo obrigatório Pediatra, Cirurgião e Anestesiologista? () Sim () Não
418. Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média e alta complexidade? () Sim () Não

Porte Especializado II () Sim () Não

419. Possui mais de 100 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? () Sim () Não
420. Possui ao menos duas habilitações federais, em alta complexidade, nas especialidades de Traumatologia e/ou Neurologia/Neurocirurgia e/ou Cardiologia? () Sim () Não

421. Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem, sendo obrigatório Pediatra, Cirurgião e Anestesiologista? () Sim () Não

422. Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média e alta complexidade? () Sim () Não

*Quando da habilitação/qualificação das portas de entrada pelo Ministério da Saúde através do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência - PAR da RUE, o valor aportado pelo Estado a título de incentivo para este tipo de serviço será reduzido para o valor correspondente ao porte imediatamente inferior ao porte habilitado pelo ente federal.

O tipo de serviço porta de entrada poderá contar ainda com o plantão presencial na porta, serviço médico, operando 24 horas por dia, sete dias por semana, nas especialidades de Oftalmologia, Cirurgia Vascular, Neurologia Clínica e Cirúrgica, Traumatologia-Ortopedia, Buco-Maxilo-Facial, desde que a instituição não seja habilitada em Alta Complexidade para a referida especialidade.

Avaliação no item Ambulatório de Especialidades.

CENTRO DE REFERÊNCIA AO ATENDIMENTO INFANTO JUVENIL (CRAI) ? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

423. Possui cadastro como serviço hospitalar em Serviço de Saúde para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017? () Sim () Não

424. Contempla todos os ciclos de vida e suas especificidades no seu atendimento, tendo em vista o cadastramento para atenção integral a todas as pessoas em situação de violência sexual? () Sim () Não

425. É referência para o atendimento de outras formas de violência, sobretudo aquelas de caráter agudo, que envolvam risco à vítima e/ou que exijam a realização de perícias médico-legais, físicas e/ou psíquicas? () Sim () Não

426. Garante o atendimento pela emergência/serviço de referência nos casos de violência sexual ou outras violências que chegarem fora do horário de funcionamento do CRAI? () Sim () Não

427. Se necessário, a vítima ficará internada para posterior atendimento no centro de referência. O hospital cumpre esse requisito? () Sim () Não

428. Compartilha o cuidado com a Atenção Primária à Saúde (APS), ordenadora do cuidado, garantindo a execução planejada, integrada e organizada das ações? () Sim () Não

429. Presta atendimento integral e interinstitucional por meio dos diferentes órgãos que compõem o CRAI: Saúde (cuidado em saúde e proteção), Instituto-Geral de Perícias (materialização de provas), Polícia Civil (denúncia e investigação) e Ministério Público (articulação e fiscalização)? () Sim () Não

430. Promove espaços de educação permanente a todos os funcionários/servidores sobre o atendimento e enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, incluindo seguranças, recepcionistas, profissionais da assistência, coordenação do serviço, etc? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

431. Possui médico pediatra, ginecologista ou clínico? () Sim () Não

432. Possui enfermeiro? () Sim () Não

433. Possui técnico de enfermagem? () Sim () Não

434. Possui psicólogo? () Sim () Não

435. Possui assistente social? () Sim () Não

436. Possui farmacêutico? () Sim () Não

SUPLEMENTAR DIFERENCIAL

AMBULATÓRIO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

437. Atende pacientes com deficiência referenciados pela regulação estadual ou municipal? () Sim () Não

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CASOS AGUDOS EM HEMATOLOGIA? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

438. Atende pacientes com quadro agudo de leucemia, seja pela porta de entrada da emergência, seja através de transferência hospitalar solicitada pela regulação estadual ou municipal? () Sim () Não

439. Atende pacientes com quadro agudo suspeito de leucemia, seja pela porta de entrada da emergência, seja através de transferência hospitalar solicitada pela regulação estadual ou municipal? () Sim () Não

FORMAÇÃO RAPS ESCOLA? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

440. Possui implantada e implementadas estratégias de Educação Permanente e de educação continuada em saúde mental coletiva e em psiquiatria? () Sim () Não

441. Garante que a formação dos profissionais possa permear todos os níveis de complexidade que compõem o cuidado em saúde mental na RAPS: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção hospitalar, atenção às urgências e emergências, atenção residencial de caráter transitório e estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial presentes no território? () Sim () Não

442. Possui Programa de Residência Médica em Psiquiatria e/ou de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva? () Sim () Não

HOSPITAL PÚBLICO () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

443. Com até 99 leitos? () Sim () Não

444. Com mais de 100 leitos? () Sim () Não

445. Possui algum outro Tipo de Serviço incentivado? () Sim () Não

INTERNAÇÃO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SAÚDE MENTAL () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

446. Possui Unidades de Referência Macrorregionais para Atenção Integral em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes nos Hospitais Gerais? () Sim () Não

447. Atende crianças e adolescentes da macrorregião de saúde, após esgotada a complexidade de cuidado das Unidades de Referência Especializadas para Atenção Integral em Saúde Mental dos Hospitais Gerais (casos refratários)? () Sim () Não

LEITOS DE SAÚDE MENTAL () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

448. É hospital geral com leitos de saúde mental? () Sim () Não

PRONTO SOCORRO () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

449. É hospital de pronto socorro? () Sim () Não

TRANSPLANTES () Sim () Não

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais

450. Apresenta organização de acordo com as normas gerais de funcionamento previstas na Resolução nº 083/2010 – CIB/RS () Sim () Não

REQUISITOS GERAIS DAS OPO'S:

451. Mantém a equipe da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT e contratar profissionais para a OPO – Organização de Procura de Órgãos () Sim () Não

452. Mantém infra-estrutura adequada ao funcionamento da OPO, em relação à área física, equipamentos e transporte da equipe. () Sim () Não

453. Envia os relatórios de atividades da OPO (Anexo I da alínea H do capítulo III do Anexo I da presente Portaria). () Sim () Não

454. Envia os relatórios previstos para as CIHDOTTs na Portaria GM/MS nº 2600, de 21/10/2009. () Sim () Não

Atribuições Relacionadas aos Hospitais sob Monitoramento Diário:

455. Monitorar as internações em UTIs com a finalidade de detecção de pacientes classificados como possíveis doadores (Glasgow 3). Esta atividade deve ser presencial em cada UTI, no mínimo três vezes por semana. () Sim () Não
456. Acompanhar o processo de definição da morte encefálica e auxiliar no fluxo técnico da UTI paramanutenção da viabilidade do doador. () Sim () Não
457. Integrar equipes de retiradas de órgãos do estado, sendo demandadas, quando necessário, pela CNCDO/RS. () Sim () Não
458. Assessoramento e acompanhamento técnico para as demais UTIs da macrorregião de abrangência, sob solicitação da Central de Transplantes. () Sim () Não

REQUISITOS ESPECÍFICOS DAS OPO'S – CAPTADORAS DE ÓRGÃOS E CIRÚRGICAS (SD N°s 10E 11 DA TABELA DO CAPÍTULO II DO ANEXO D):

459. Realiza a gestão e capacitação das equipes multidisciplinares envolvidas no ato operatório nas retiradas cirúrgicas, coordenadores hospitalares de transplante e demais profissionais relacionados aos programas de transplantes, de acordo com a necessidade, podendo abranger profissionais de outras instituições; () Sim () Não
460. Realiza coletas de materiais para biópsias; () Sim () Não
461. Realiza procedimentos de canulação, automação e supervisão da perfusão ex-vivo de órgãos abdominais; () Sim () Não
462. Realiza transplantes qualificado dos órgãos doados no Rio Grande do Sul ou oriundos de outros estados, e dos demais materiais biológicos concernentes ao processo de transplante de órgãos e tecidos, em deslocamentos terrestres ou aéreos, em regime de 24 horas por dia, sete dias por semana, em todo o território do Rio Grande do Sul, além de Santa Catarina e Paraná, nos casos em que se aplique. () Sim () Não
463. Sul, além de Santa Catarina e Paraná, nos casos em que se aplique. () Sim () Não

CENTRO DE REFERÊNCIA AO ATENDIMENTO INFANTO JUVENIL (CRAI)? () Sim () Não

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

464. Possui cadastro como serviço hospitalar em Serviço de Saúde para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017? () Sim () Não
465. Contempla todos os ciclos de vida e suas especificidades no seu atendimento, tendo em vista o cadastramento para atenção integral a todas as pessoas em situação de violência sexual? () Sim () Não
466. É referência para o atendimento de outras formas de violência, sobretudo aquelas de caráter agudo, que envolvam risco à vítima e/ou que exijam a realização de perícias médico-legais, físicas e/ou psíquicas? () Sim () Não
467. Garante o atendimento pela emergência/serviço de referência nos casos de violência sexual ou outras violências que cheguem fora do horário de funcionamento do CRAI? () Sim () Não
468. Se necessário, a vítima ficará internada para posterior atendimento no centro de referência. O hospital cumpre esse requisito? () Sim () Não
469. Compartilha o cuidado com a Atenção Primária à Saúde (APS), ordenadora do cuidado, garantindo a execução planejada, integrada e organizada das ações? () Sim () Não
470. Presta atendimento integral e interinstitucional por meio dos diferentes órgãos que compõem o CRAI: Saúde (cuidado em saúde e proteção), Instituto-Geral de Perícias (materialização de provas), Polícia Civil (denúncia e investigação) e Ministério Público (articulação e fiscalização)? () Sim () Não
471. Promove espaços de educação permanente a todos os funcionários/servidores sobre o atendimento e o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, incluindo seguranças, recepcionistas, profissionais da assistência, coordenação do serviço, etc? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

472. Possui médico pediatra, ginecologista ou clínico? () Sim () Não
473. Possui enfermeiro? () Sim () Não
474. Possui técnico de enfermagem? () Sim () Não
475. Possui psicólogo? () Sim () Não
476. Possui assistente social? () Sim () Não
477. Possui farmacêutico? () Sim () Não

Conclusão por Tipo de Serviço:

___ (informar TS) _____ : () Atende a todos os requisitos () Atende Parcialmente () Não Atende
 ___ (informar TS) _____ : () Atende a todos os requisitos () Atende Parcialmente () Não Atende

Justificativa e observações:

VII – RECOMENDAÇÕES DA COMISSÃO:

A recomendação da CAC deve ser justificada e fundamentada e será submetida à avaliação do Departamento de Gestão da Atenção Especializada.

<input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO DO DOCUMENTO DESCRITIVO – METAS QUANTITATIVAS	<input type="checkbox"/>	ENVIO DE NOVOS DADOS PELO PRESTADOR
<input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO DO DOCUMENTO DESCRITIVO – INDICADORES – INCLUSÃO OU EXCLUSÃO*	<input type="checkbox"/>	ATUALIZAÇÃO DO CNES
<input type="checkbox"/>	PATUAÇÃO EM CIR OU CIB DE REFERÊNCIAS	<input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO NA CAPACIDADE INSTALADA DO PRESTADOR
<input type="checkbox"/>	OUTRO		

*somente por implantação ou extinção de serviços relacionados aos indicadores.

CONCORDÂNCIA DO PRESTADOR

() SIM () NÃO

VI – DE ACORDO:

ASSINATURA REPRESENTANTE SES/RS

ASSINATURA REPRESENTANTE SES/RS

ASSINATURA REPRESENTANTE HOSPITAL

ASSINATURA REPRESENTANTE SMS

ASSINATURA REPRESENTANTE MUNICÍPIOS

ASSINATURA REPRESENTANTE CMS

institucional>									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDICADOR DO CONTRATO	ABRIL			MAIO			JUNHO		
	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

INDICADOR DO CONTRATO	JULHO			AGOSTO			SETEMBRO		
	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

INDICADOR DO CONTRATO	OUTUBRO			NOVEMBRO			DEZEMBRO		
	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

- A) **CONSIDERAÇÕES DA COMISSÃO SOBRE OS INDICADORES:** * Obrigatória a justificativa se a pontuação CAC for inferior a pontuação do contrato. A CAC tem, como principal função, identificar onde está ocorrendo o descumprimento do contrato, avaliar as motivações e, junto com o hospital, buscar alternativas para melhorar seu desempenho e a qualidade dos serviços prestados.

<especificar as ações tomadas e motivos pela qual não houve o cumprimento total na pontuação>

- B) **HOUVE NEGATIVA DE ACESSO PELO HOSPITAL?** () Sim () Não
- C) **QUAIS SERVIÇOS? QUEM REALIZOU A REGULAÇÃO? É indispensável que a CAC identifique, avalie e descreva de forma clara e objetiva qual a negativa de acesso identificada, quando isso ocorreu e quais as motivações do hospital para a negativa, buscando orientar e**

auxiliar o hospital para que a totalidade das suas referências e também para que entenda e cumpra as determinações da regulação estadual quando esta precisa lançar mão da quebra de referência para garantir o acesso do paciente.

D) HOUVE INTERRUPTÃO DO ATENDIMENTO? () Sim () Não

E) FOI NOTIFICADA A SES/RS? () Sim () Não

J) QUAIS? QUAL O PERÍODO? O detalhamento das motivações que levaram à interrupção do atendimento é importante, bem como, quais as ações adotadas e/ou planejadas para retomada do atendimento pleno.

IV – ANÁLISE QUANTITATIVA:

E) DADOS DA PRODUÇÃO MAC MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR: Valores aprovados da produção hospitalar disponibilizados pelo DATASUS.

CRONOGRAMA ANUAL	MÊS DE AVALIAÇÃO	MÊS DE APLICAÇÃO DO DESCONTO
Reunião Maio	Janeiro a Março	Maio do próximo ano
Reunião Agosto	Janeiro a Junho	
Reunião Novembro	Janeiro a Setembro	
Reunião Março	Janeiro a Dezembro	

COMPETÊNCIA REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO						
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Reunião Maio	<50>	<75>	<55>				
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

COMPETÊNCIA REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO					ACUMULADO	
	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	META FÍSICA ANUAL DO CONTRATO	META FÍSICA ATINGIDA CAC
Reunião Maio						<800>	
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

F) DADOS DA PRODUÇÃO MAC MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL: Valores aprovados da produção Ambulatorial disponibilizados pelo DATASUS.

COMPETÊNCIA REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO						
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Reunião Maio							
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

COMPETÊNCIA REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO					ACUMULADO	
	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	META FÍSICA ANUAL DO CONTRATO	META FÍSICA ATINGIDA CAC
Reunião Maio							
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

G) CONSIDERAÇÕES DA CAC:* Obrigatória a justificativa se os quantitativos físicos de produção forem diferentes dos dados oficiais do DATASUS. (Por motivos excepcionais a CAC poderá utilizar quantitativos de produção diferentes da produção DATASUS, devendo justificar seu ato e utilizar a meta no quadro acima). A CAC tem a autonomia e o compromisso de avaliar dados de produção que por algum motivo não foram registrados e/ou reconhecidos pelos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, considerando que o foco primário é o atendimento ao cidadão. É indispensável que se avalie e se justifique situações onde, por exemplo, o serviço estava disponível ao usuário e não houve o atingimento da meta devido ao absenteísmo. Situações de absenteísmo fogem do controle das instituições e devem ser adotadas medidas junto aos gestores municipais para que consigam reduzir a falta dos pacientes aos atendimentos e estas ações devem estar descritas no relatório, bem como, o monitoramento do impacto das ações adotadas ao longo dos meses.

H) Estratégias utilizadas para atingir o cumprimento das metas físicas estabelecidas no contrato (Obrigatória caso a meta física atingida CAC fique inferior a meta física anual do contrato).

V – AVALIAÇÃO DAS HABILITAÇÕES FEDERAIS:

H) O HOSPITAL RESPEITA AS NORMAS DA SUA HABILITAÇÃO FEDERAL QUANTO À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA? () Sim () Não

Entendendo que a qualidade da assistência muitas vezes tem um caráter subjetivo, é fundamental que a CAC descreva os pontos positivos ou negativos identificados, descrevendo justificadamente, as ações sugeridas e adotadas para qualificação plena do serviço.

I) O HOSPITAL CUMPRE OS QUANTITATIVOS MÍNIMOS DE PROCEDIMENTOS TRATADOS NAS NORMAS DE SUA HABILITAÇÃO? () Sim () Não

Caso o hospital não cumpra os quantitativos mínimos estabelecidos nas normas que o habilitaram a prestação de serviços específicos, cabe à CAC descrever justificadamente as motivações que levam a esse descumprimento, bem como estabelecer quais as ações sugeridas e adotadas para a execução da totalidade dos serviços quantificados nas normativas de habilitação.

J) OS PROCEDIMENTOS REFERENTES ÀS HABILITAÇÕES FEDERAIS SÃO REGULADAS? () Sim () Não

K) A COTA DISPONIBILIZADA PELO HOSPITAL RESPEITA OS QUANTITATIVOS DO CONTRATO E REGRAS DA REGULAÇÃO ESTADUAL? () Sim () Não

L) HÁ NEGATIVA DE ACESSO? () Sim () Não

É indispensável que a CAC identifique, avalie e descreva de forma clara e objetiva qual a negativa de acesso identificada, quando isso ocorreu e quais as motivações do hospital para a negativa, buscando orientar e auxiliar o hospital para que a totalidade das suas referências e

também para que entenda e cumpra as determinações da regulação estadual quando esta precisa lançar mão da quebra de referência para garantir o acesso do paciente.

M) **HÁ FILA DE ESPERA PARA AS CIRURGIAS?** () Sim () Não

N) **TEMPO MÉDIO DE ESPERA ENTRE A CONSULTA E A CIRURGIA?**

Neste item é necessário destacar as especialidades, separadamente, considerando que o que estabelece a especialidade é o código do procedimento e não o CBO do profissional que o executa, por exemplo: Grupo 04 e Subgrupo 08 – Especialidade de Traumatologia/Ortopedia; Grupo 04 e Subgrupo 03 – Especialidade de Neurologia e assim por diante.

VI – AVALIAÇÃO DOS INCENTIVOS ESTADUAIS:

B) AVALIAÇÃO DO PROGRAMA ASSISTIR:

TIPOS DE SERVIÇO

POSSUI AGAR? () SIM () NÃO () TIPO I () TIPO II

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

478. Realiza atendimento multiprofissional em regime ambulatorial às gestantes de alto risco ou que necessitem acompanhamento periódico devido a doenças prévias ou próprias da gestação. O atendimento deve ser de forma compartilhada pelas equipes da APS, na modalidade interdisciplinar de atenção contínua, de acordo com as competências e atribuições de cada categoria profissional? () Sim () Não

479. Estabelece fluxos com Serviços Hospitalares de referência à gravidez de alto risco, em acordo com os parâmetros assistenciais e referências pactuadas com possíveis atualizações da mesma e portarias estaduais que venham a completá-la? () Sim () Não

480. Realiza ações de capacitação e apoio matricial/matriciamento da Rede de Atenção que realiza pré-natal, auxiliando na condução do pré-natal de risco habitual e de alto risco nos demais níveis de atenção, em particular na atenção primária? () Sim () Não

481. Adota o desenho de referências regionalizadas conforme pactuação e linha de cuidado da Rede de Atenção Materno-Infantil do RS? () Sim () Não

482. Utiliza as diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas recomendadas/adotadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde-RS e instituir a classificação de risco da gestação de acordo com as diretrizes do Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, de outubro de 2010, ou atualizações do mesmo? () Sim () Não

483. Adota o desenho da linha de cuidado da Rede Cegonha no RS como modelo da linha de cuidado do AGAR, devendo estar vinculado a uma maternidade de alto risco, que deverá ser a referência de atendimento ao parto e intercorrências obstétricas gestacionais nas pacientes que não preencherem critérios de alta do ambulatório de Gestação de alto risco? () Sim () Não

484. Garante acesso aos exames necessários para atenção integral no alto risco, conforme recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS? () Sim () Não

485. Utiliza os critérios de encaminhamento da atenção básica para o AGAR, bem como para classificação de prioridade, que constam na Nota Técnica do Pré-natal na Atenção Básica, RESOLUÇÃO Nº 022/19-CIB/RS, e no Protocolo de Encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco) do TELESSAÚDE/UFRGS/RS de 2019 e da Regulação Estadual, e as atualizações dos mesmos? () Sim () Não

486. Realiza o registro do atendimento no prontuário, caderneta da gestante, formulários, encaminhamentos, laudos? () Sim () Não

487. Participa dos comitês de mortalidade infantil, fetal e materno, colegiados de maternidade, Grupo Condutora Rede Cegonha, Fóruns Perinatais e outros espaços intra e intersetoriais? () Sim () Não
488. Utiliza o SISPRENATAL, ou outro sistema oficial com capacidade de integração de dados, mantendo versão atualizada, como sistema de acompanhamento das gestantes de alto risco? () Sim () Não
489. Realiza monitoramento de resultados e indicadores em consonância com as metas pactuadas para contribuir na redução da morbimortalidade materna e infantil? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

AGAR I

490. Possui Enfermeiro com a carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não
491. Possui Assistente Social com a carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não
492. Possui Psicólogo com carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não
493. Possui Nutricionista com a carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não
494. Possui médico Obstetra com experiência no atendimento à gestante de alto risco por turno de serviço com carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não
495. Possui médico Clínico Geral com carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não
496. Realiza o mínimo de 70 primeiras consultas e 3.050 consultas de retorno ou acompanhamento no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual, respeitando a carga horária mínima semanal de 40 horas e 06 consultas por turno por profissional? () Sim () Não
497. Realiza o mínimo de 832 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual, respeitando a carga horária mínima semanal de 08 horas e 08 consultas por turno por profissional? () Sim () Não
498. Realiza o mínimo de 8.400 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual? () Sim () Não
499. Realiza estes exames e procedimentos sempre que necessário, não havendo negativa de atendimento ou acesso?
- 02.11.04.006-1 - tococardiografia ante-parto () Sim () Não
 - 02.05.02.014-3 - ultrassonografia obstétrica () Sim () Não
 - 02.05.02.015-1 - ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 - eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.02.02.002-9 - contagem de plaquetas () Sim () Não
 - 02.02.01.069-4 - dosagem de ureia () Sim () Não
 - 02.02.09.008-6 - dosagem de creatinina () Sim () Não
 - 02.02.01.012-0 - dosagem de ácido úrico () Sim () Não
 - 02.02.01.061-9 - dosagem de proteínas totais () Sim () Não
 - 02.02.01.007-4 - determinação de curva glicêmica clássica (5 dosagens) () Sim () Não
500. Quando necessário o serviço realiza os exames complementares necessários para o cuidado integral de algumas gestantes? () Sim () Não

AGAR II

501. Possui Enfermeiro com a carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não
502. Possui Assistente Social com a carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não
503. Possui Psicólogo com carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não
504. Possui Nutricionista com a carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não
505. Possui médico Obstetra com experiência no atendimento à gestante de alto risco por turno de serviço com carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não
506. Possui médico Clínico Geral com carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não
507. Possui quatro Médicos em Medicina Fetal, Endocrinologia e Cardiologia? () Sim () Não
508. Possui mais dois profissionais (Neurologista, Geneticista, Fisiatra, Fisioterapeuta, Educador Físico ou outro)? () Sim () Não
509. Realiza o mínimo de 70 primeiras consultas e 3.050 consultas de retorno ou acompanhamento no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual, respeitando a carga horária mínima semanal de 40 horas e 06 consultas por turno por profissional? () Sim () Não
510. Realiza o mínimo de 832 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual, respeitando a carga horária mínima semanal de 08 horas e 08 consultas por turno por profissional? () Sim () Não

511. Realiza o mínimo de 8.400 consultas no ano, devendo ser observado as especificidades loco regionais dos serviços localizados em territórios com um número menor de gestantes de risco habitual? () Sim () Não

512. Realiza estes exames e procedimentos sempre que necessário, não havendo negativa de atendimento ou acesso?

- 02.11.04.006-1 - tococardiografia ante-parto () Sim () Não
- 02.05.02.014-3 - ultrassonografia obstétrica () Sim () Não
- 02.05.02.015-1 - ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado () Sim () Não
- 02.11.02.003-6 - eletrocardiograma () Sim () Não
- 02.02.02.002-9 - contagem de plaquetas () Sim () Não
- 02.02.01.069-4 - dosagem de ureia () Sim () Não
- 02.02.09.008-6 - dosagem de creatinina () Sim () Não
- 02.02.01.012-0 - dosagem de ácido úrico () Sim () Não
- 02.02.01.061-9 - dosagem de proteínas totais () Sim () Não
- 02.02.01.007-4 - determinação de curva glicêmica clássica (5 dosagens) () Sim () Não

513. Quando necessário o serviço realiza os exames complementares necessários para o cuidado integral de algumas gestantes? () Sim () Não

POSSUI AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS E/OU AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES PRIORITÁRIAS? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

514. Disponibiliza mensalmente, no mínimo 20% a agenda para as primeiras consultas, à regulação estadual/ou municipal? () Sim () Não

515. Mantém a lista de espera para cirurgia atualizada no sistema GERINT? () Sim () Não

516. Preenche a Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento (DITA) quando houver impossibilidade de acolher o encaminhamento? () Sim () Não

517. Qual o número total de DITAs emitidas pelo prestador no período avaliado? _____

518. Do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de profissionais que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? _____

519. Do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de equipamentos que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? _____

520. Do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de estrutura física que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? _____

521. Do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de exames que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? _____

522. Na eventualidade de não prestação do serviço incentivado, o prestador apresentou plano para recuperar atendimentos/serviços não prestados? () Sim () Não. Se sim, anexar o plano de recuperação aprovado pela CAC.

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM DERMATOLOGIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

523. Possui médico dermatologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não

524. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não

525. Realiza uma média de 240 consultas por mês? () Sim () Não

526. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

- 02.04 - Exames laboratoriais () Sim () Não
- 02.03 - cito/histopatologia () Sim () Não
- 02.01.01.037-2 - biópsia de pele e partes moles () Sim () Não
- 02.01.01.002-0 - biópsia / punção de tumor superficial da pele () Sim () Não

527. Referência os pacientes para os serviços que atendam cirurgia geral, cirurgia plástica ou oncologia quando necessário? () Sim () Não

528. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM TRAUMATO/ORTOPEDIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

529. Possui médico traumato/ortopedista com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
530. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
531. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
532. Possui técnico de gesso? () Sim () Não
533. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico traumato/ortopedista? () Sim () Não
534. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.04 - RX () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.07 - RNM (pode ser terceirizado) () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia Computadorizada (pode ser terceirizado) () Sim () Não
535. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínicapré cirúrgica e avaliação pré anestésica? () Sim () Não
536. Referência os pacientes para os serviços que atendam procedimentos com necessidade de uso de altatecnologiapara unidade habilitada em alta complexidade em traumato/ortopedia quando necessário?() Sim () Não
537. Referência os pacientes para os serviços de Reabilitação física ou CER com modalidade de reabilitaçãofísica no caso de necessidade de OPMs quando necessário? () Sim () Não
538. Referência os pacientes para os serviços de fisioterapia nos municípios para tratamento conservador pré e pós cirúrgico quando necessário? () Sim () Não
539. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não
540. Atende o mínimo de duas subespecialidades e garante os exames diferenciais? Quais subespecialidadesatende?
- 04.08.01 – Cintura Escapular - ENMG, videoartroscopia () Sim () Não
 - 04.08.02 – Membros Superiores - ENMG () Sim () Não
 - 04.08.03 – Coluna Vertebral e Caixa Torácica - não possui () Sim () Não
 - 04.08.04 – Cintura Pélvica - não possui () Sim () Não
 - 04.08.05 – Membros Inferiores - ENMG, videoartroscopia () Sim () Não
 - 04.08.06 - Gerais - não possui () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA GERAL () SIM () NÃO**Classificação e equipe mínima**

541. Possui médico cirurgião geral com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
542. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
543. Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico cirurgião geral? () Sim () Não
544. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.04 - RX () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
545. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínicapré cirúrgica e avaliação pré anestésica? () Sim () Não
546. Referência os pacientes para os serviços que atendam procedimentos com necessidade de uso de altatecnologia quando necessário? () Sim () Não
547. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA () SIM () NÃO**Classificação e equipe mínima**

548. Possui médico cirurgião urologista com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
549. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
550. Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico urologista? () Sim () Não
551. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.09.02.001-6 - Cistoscopia () Sim () Não
 - 02.11.09.001-8 - Estudo urodinâmico () Sim () Não
 - 02.11.09.007-7 - Urofluxometria livre () Sim () Não
 - 02.04.05.017-0 - Uretrocistografia miccional () Sim () Não
 - 02.04.05.018-9 - Urografia excretora () Sim () Não
 - 02.11.09.002-6 - Cateterismo de uretra () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.05.02.011-9 - US Próstata transretal com biópsia de próstata – 02.01.01.041-0 () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia abdômen total () Sim () Não
552. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínicapré cirúrgica e avaliação pré anestésica? () Sim () Não
553. Referência os pacientes para os serviços que atendam procedimentos com necessidade de uso de altatecnologia e/ou unidade de alta complexidade em oncologia quando necessário? () Sim () Não
554. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA LITOTRIPSIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

555. Possui médico cirurgião urologista com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
556. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
557. Realiza uma média de 120 consultas por mês com médico cirurgião? () Sim () Não
558. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.04.05.013-8 – Raio X simples de abdômen () Sim () Não
 - 02.05.02.005-4 - Ultrassonografia do trato urinário () Sim () Não
 - 02.06.03.003-7 - Tomografia do abdômen () Sim () Não
 - 02.04.05.018-9 - Urografia excretora () Sim () Não
559. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? () Sim () Não
560. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

561. Possui médico cirurgião bucomaxilofacial com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
562. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
563. Possui fonoaudiólogo? () Sim () Não
564. Realiza uma média de 120 consultas por mês com médico cirurgião bucomaxilofacial? () Sim () Não
565. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- Avaliação clínica pré-operatória, exames de imagem (Raio X extra oral- Panorâmico e Raio Xintrabucais – periapical e interproximal) () Sim () Não
 - 02.02 - Laboratório de análises clínicas () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia Computadorizada () Sim () Não
 - 02.04 - Raio X () Sim () Não
566. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínicapré cirúrgica e avaliação pré anestésica? () Sim () Não
567. Atende pacientes de todas as faixas etárias? () Sim () Não
568. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ODONTOLOGIA HOSPITALAR PARA PESSOAS COMDEFICIÊNCIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

569. Possui no mínimo um Cirurgião-Dentista, preferencialmente especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e/ou Bucomaxilofacial e/ou com experiência em ambiente hospitalar? () Sim () Não
570. Possui no mínimo um auxiliar ou técnico em saúde bucal? () Sim () Não
571. Possui médico anesthesiologista? () Sim () Não
572. Equipe auxiliar de enfermagem? () Sim () Não
573. Realiza no mínimo de 30 consultas/mês, reguladas, com número de novos ingressos definido pela população de referência e % de PCDs nesta região? () Sim () Não
574. Disponibiliza avaliação clínica pré-operatória, exames de imagem (RX extra oral- Panorâmico e RX intrabucal - periapical e interproximal), exames laboratoriais? () Sim () Não
575. Disponibiliza os seguintes procedimentos aos pacientes?
- 01.01.02.006-6 - Aplicação de selante (por dente) () Sim () Não
 - 01.01.02.007-4 - Aplicação tópica de flúor (individual por sessão) () Sim () Não
 - 01.01.02.009-0 - Selamento provisório de cavidade dentária () Sim () Não
 - 02.01.01.052-6 - Biópsia dos tecidos moles da boca () Sim () Não
 - 03.07.01.001-5 - Capeamento pulpar () Sim () Não
 - 03.07.01.002-3 - Restauração de dente decíduo () Sim () Não
 - 03.07.01.003-1 - Restauração de dente permanente anterior () Sim () Não
 - 03.07.01.004-0 - Restauração de dente permanente posterior () Sim () Não
 - 03.07.01.005-8 - Tratamento de nevralgias faciais () Sim () Não
 - 03.07.02.001-0 - Acesso a polpa dentária e medicação (por dente) () Sim () Não
 - 03.07.02.002-9 - Curativo de demora c/ ou s/ preparo Biomecânico () Sim () Não
 - 03.07.02.003-7 - Obturação de dente decíduo () Sim () Não
 - 03.07.02.004-5 - Obturação em dente permanente birradicular () Sim () Não
 - 03.07.02.005-3 - Obturação em dente permanente c/ três ou mais raízes () Sim () Não
 - 03.07.02.006-1 - Obturação em dente permanente unirradicular () Sim () Não
 - 03.07.02.007-0 - Pulpotomia dentária () Sim () Não
 - 03.07.03.002-4 - Raspagem alisamento subgengivais (por sextante) () Sim () Não
 - 03.07.03.003-2 - Raspagem corono-radicular (por sextante) () Sim () Não
 - 04.01.01.003-1 - Drenagem de abscesso () Sim () Não
 - 04.01.01.008-2 - Frenectomia () Sim () Não
 - 04.04.02.009-7 - Excisão e sutura de lesão na boca () Sim () Não
 - 04.04.02.010-0 - Excisão em cunha do lábio () Sim () Não
 - 04.14.02.007-3 - Curetagem periapical () Sim () Não
 - 04.14.02.012-0 - Exodontia de dente decíduo () Sim () Não
 - 04.14.02.013-8 - Exodontia de dente permanente () Sim () Não
 - 04.14.02.014-6 - Exodontia múltipla c/ alveoloplastia por sextante () Sim () Não
 - 04.14.02.015-4 - Gengivectomia (por sextante) () Sim () Não
 - 04.14.02.016-2 - Gengivoplastia (por sextante) () Sim () Não
 - 04.14.02.017-0 - Glossorrafia () Sim () Não
 - 04.14.02.020-0 - Marsupialização de cistos e pseudocistos () Sim () Não
 - 04.14.02.021-9 - Odontosecção / radilectomia / tunelização () Sim () Não
 - 04.14.02.024-3 - Reimplante e transplante dental (por elemento) () Sim () Não
 - 04.14.02.027-8 - Remoção de dente retido (incluso / impactado) () Sim () Não
 - 04.14.02.029-4 - Remoção de tórus e exostoses () Sim () Não
 - 04.14.02.037-5 - Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante) () Sim () Não
 - 04.14.02.038-3 - Tratamento de alveolite () Sim () Não
 - 04.14.02.040-5 - Ulotomia/ulectomia () Sim () Não
576. Realiza o quantitativo de cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica de acordo com o número de novos ingressos mês? () Sim () Não
577. O serviço adota o protocolo de atendimento no serviço de odontologia hospitalar para pessoas com deficiência constante na Portaria SES nº 537/2021? () Sim () Não
578. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ENDOCRINOLOGIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

579. Possui médico endocrinologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
580. Possui nutricionista e enfermeiro com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
581. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico cirurgião? () Sim () Não
582. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.01.01.047-0 - Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de nódulos tireoidianos () Sim () Não
 - 02.04 – Raio X () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.08.03.001-8 - Cintilografia das paratireoides () Sim () Não
 - 02.08.03.002-6 – Cintilografia de tireoide com ou sem captação () Sim () Não
 - 02.06.01.006-0 - Tomografia de sela túrcica () Sim () Não
 - 02.07.01.007-2 - RNM sela túrcica () Sim () Não
 - 02.04.06.002-8 - Densitometria () Sim () Não
583. Referencia os pacientes para os serviços de cirurgia geral ou serviço de alta complexidade em oncologiae/ou obesidade quando necessário? () Sim () Não
584. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GASTROENTEROLOGIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

585. Possui médico gastroenterologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
586. Possui nutricionista com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
587. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
588. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico gastroenterologista? () Sim () Não
589. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.04 – Raio X () Sim () Não
 - 02.09.01.003-7 - Endoscopia Digestiva Alta () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.09.01.001-0 colangiopancreatografia retrógrada (via endoscópica) () Sim () Não
 - 04.07.03.025-5 - colangiopancreatografia retrógrada endoscópica terapêutica (FAEC) - (hospitais que já possuem o equipamento é obrigatório a oferta do procedimento) () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia Computadorizada () Sim () Não
 - 02.07 - RNM abdômen () Sim () Não
 - 02.07.03.004-9 - Ressonância magnética de vias biliares/colangiorressonância () Sim () Não
590. Referencia os pacientes para os serviços de cirurgia geral ou oncologia e contrarreferência do mesmo, para acompanhamento do paciente após cirurgia em acompanhamento ambulatorial quando necessário? () Sim () Não
591. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

592. Possui médico gastroenterologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
593. Possui nutricionista com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
594. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
595. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico gastroenterologista? () Sim () Não
596. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.04 – Raio X () Sim () Não
 - 02.09.01.003-7 - Endoscopia Digestiva Alta () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.09.01.001-0 colangiopancreatografia retrógrada (via endoscópica) () Sim () Não

- 04.07.03.025-5 - colangiopancreatografia retrógrada endoscópica terapêutica (FAEC) - (hospitais que já possuem o equipamento é obrigatório a oferta do procedimento) () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia Computadorizada () Sim () Não
 - 02.07 - RNM abdômen () Sim () Não
 - 02.07.03.004-9 - Ressonância magnética de vias biliares/colangiorressonância () Sim () Não
597. Referencia os pacientes para os serviços de cirurgia geral, pediátrica ou oncologia e contrarreferência domesmo, para acompanhamento do paciente após cirurgia em acompanhamento ambulatorial quando necessário? () Sim () Não
598. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GENÉTICA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

599. Possui médico geneticista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
600. Possui biomédico, bioquímico, nutricionista e, enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
601. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico gastroenterologista? () Sim () Não
602. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
603. Referencia os pacientes para os serviços de doenças raras quando necessário? () Sim () Não
604. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GINECOLOGIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

605. Possui médico cirurgião Ginecologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
606. Possui enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
607. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
608. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico ginecologista? () Sim () Não
609. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica? () Sim () Não
610. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.04 - RX () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia (mama, transvaginal, abdômen total) () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia () Sim () Não
 - 02.07 - RNM () Sim () Não
 - 02.04.03 - Mamografia () Sim () Não
 - 02.04.06.002-8 - Densitometria óssea () Sim () Não
611. Referencia os pacientes para os serviços com procedimentos de necessidade de uso de alta tecnologia quando necessário? () Sim () Não
612. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEUROLOGIA ADULTO () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

613. Possui médico neurologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
614. Possui fisioterapeuta, psicólogo e fonoaudiólogo com carga horária mínima de 20 horas semanais?
615. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
616. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico neurologista? () Sim () Não
617. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.11.05 - EEG sono e vigília () Sim () Não

- 02.11.05.008-3 - ENMG () Sim () Não
 - 02.07 - RNM com sedação e sem sedação () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia com sedação e sem sedação () Sim () Não
 - 02.07.01.001-3 - Angiorressonância com e sem sedação () Sim () Não
618. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em neurologia quando necessário? () Sim () Não
619. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEUROLOGIA INFANTIL () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

620. Possui médico neurologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
621. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
622. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
623. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico neurologista? () Sim () Não
624. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.05.02.017-8 - US Transfontanela () Sim () Não
 - 02.11.05 - EEG sono e vigília () Sim () Não
 - 02.11.05.008-3 - ENMG () Sim () Não
 - 02.07 - RNM com e sem sedação () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia com e sem sedação () Sim () Não
 - 02.07.01.001-3 - Angiorressonância com e sem sedação () Sim () Não
625. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em neurologia e Serviços de Reabilitação ou Centro Especializado em Reabilitação (CER) quando necessário? () Sim () Não
626. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CARDIOLOGIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

627. Possui médico cardiologia, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
628. Possui nutricionista? () Sim () Não
629. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
630. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico cardiologista? () Sim () Não
631. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.05.01.003-2 - Ecocardiograma transtorácico () Sim () Não
 - 02.05.01.002-4 - Ecocardiograma transesofágico () Sim () Não
 - 02.11.02.004-4 - Holter () Sim () Não
 - 02.11.02.006-0 - Prova de esforço () Sim () Não
632. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em cardiologia quando necessário? () Sim () Não
633. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

634. Possui médico oftalmologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
635. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
636. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico oftalmologista? () Sim () Não
637. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.11.06.028-3 - Tomografia de Coerência Óptica () Sim () Não
 - 02.05.02.002-0 Paquimetria Ultrassônica () Sim () Não
 - 02.05.02.008-9 Ultrassonografia do Globo Ocular/ Órbita monocular

- 02.11.06.001-1 Biometria Ultrassônica (monocular)
 - 02.11.06.002-0 - Biomicroscopia de Fundo Olho () Sim () Não
 - 02.11.06.003-8 - Campimetria () Sim () Não
 - 02.11.06.005-4 - Ceratometria () Sim () Não
 - 02.11.06.006-2 - Curva Diária de Pressão Ocular - CDPO () Sim () Não
 - 02.11.06.012-7 - Mapeamento de Retina com gráfico () Sim () Não
 - 02.11.06.015-1 - Potencial Acuidade Visual () Sim () Não
 - 02.11.06.017-8 -Retinografia Colorida Binocular () Sim () Não
 - 02.11.06.018-6 - Retinografia Fluorescente Binocular () Sim () Não
 - 02.11.06.010-0 - Fundoscopia () Sim () Não
 - 02.11.06.011-9 - Gonioscopia () Sim () Não
 - 02.11.06.014-3 - Microscopia Especular de Córnea () Sim () Não
 - 02.11.06.022-4 - Teste Visão de Cores () Sim () Não
 - 02.11.06.023-2 - Teste Ortóptico () Sim () Não
 - 02.11.06.026-7 - Topografia Computadorizada de Córnea () Sim () Não
 - 02.11.06.025-9 - Tonometria () Sim () Não
638. Realiza no mínimo de 100 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar?() Sim () Não
639. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em oftalmologia e/ou Serviço de Oftalmologia com DMRI e RD quando necessário? () Sim () Não
640. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA PARA TRATAMENTO DERETINOPATIA DIABÉTICA (RD) E DEGENERAÇÃO MACULAR RELACIONADA À IDADE (DMRI) () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

641. Possui médico oftalmologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
642. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
643. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico oftalmologista? () Sim () Não
644. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.11.06.028-3 -Tomografia de Coerência Óptica () Sim () Não
 - 02.05.02.002-0 Paquimetria Ultrassônica () Sim () Não
 - 02.05.02.008-9 Ultrassonografia do Globo Ocular/ Órbita monocular
 - 02.11.06.001-1 Biometria Ultrassônica (monocular)
 - 02.11.06.002-0 - Biomicroscopia de Fundo Olho () Sim () Não
 - 02.11.06.003-8 - Campimetria () Sim () Não
 - 02.11.06.005-4 - Ceratometria () Sim () Não
 - 02.11.06.006-2 - Curva Diária de Pressão Ocular - CDPO () Sim () Não
 - 02.11.06.012-7 - Mapeamento de Retina com gráfico () Sim () Não
 - 02.11.06.015-1 - Potencial Acuidade Visual () Sim () Não
 - 02.11.06.017-8 -Retinografia Colorida Binocular () Sim () Não
 - 02.11.06.018-6 - Retinografia Fluorescente Binocular () Sim () Não
 - 02.11.06.010-0 - Fundoscopia () Sim () Não
 - 02.11.06.011-9 - Gonioscopia () Sim () Não
 - 02.11.06.014-3 - Microscopia Especular de Córnea () Sim () Não
 - 02.11.06.022-4 - Teste Visão de Cores () Sim () Não
 - 02.11.06.023-2 - Teste Ortóptico () Sim () Não
 - 02.11.06.026-7 - Topografia Computadorizada de Córnea () Sim () Não
 - 02.11.06.025-9 - Tonometria () Sim () Não
645. Realiza no mínimo de 100 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar?() Sim () Não
646. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em oftalmologia quando necessário? () Sim () Não
647. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OTORRINOLARINGOLOGIA () SIM () NÃO**Classificação e equipe mínima**

648. Possui médico otorrinolaringologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não
649. Possui fonoaudiólogo com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
650. Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico otorrinolaringologista? () Sim () Não
651. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.04 – Raio X () Sim () Não
 - 02.11.07.002-5 - Audiometria de reforço visual + 02.11.07.020-3 - Imitanciometria () Sim () Não
 - 02.11.07.004-1 - Audiometria tonal limiar () Sim () Não
 - 02.11.07.020-3 - Imitanciometria () Sim () Não
 - 02.11.07.021-1 - Logoaudiometria () Sim () Não
 - 02.11.07.005-0 - Avaliação auditiva comportamental infantil + Impedanciometria () Sim () Não
 - 02.11.07.034-3 - Avaliação do processamento auditivo () Sim () Não
 - 02.09.04.004-1 - Videolaringoscopia () Sim () Não
 - 02.11.07.027-0 - Potencial evocado auditivo para triagem auditiva (PEATE ou BERA)() Sim () Não
 - 02.11.07.026-2 - Potencial evocado auditivo de curta, média e longa latência (PEATE ou BERA)() Sim () Não
 - 021107035-1 - Testes vestibulares () Sim () Não
 - 02.11.07.014-9 - Emissões otoacústicas evocadas p/ triagem auditiva (teste da orelhinha)() Sim () Não
652. Realiza no mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica, considerando apenas os procedimentos realizados a nível hospitalar? () Sim () Não
653. Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em oncologia ou de reabilitação auditiva quando necessário? () Sim () Não
654. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PNEUMOLOGIA () SIM () NÃO**Classificação e equipe mínima**

655. Possui médico pneumologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
656. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
657. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
658. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico pneumologista? () Sim () Não
659. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.01.01.042-9 - Punção e biópsia de tórax () Sim () Não
 - 02.04 – Raio X () Sim () Não
 - 02.11.08.005-5 - Espirometria () Sim () Não
 - 02.07 - RNM () Sim () Não
 - 02.06 – Tomografia () Sim () Não
 - 02.11.08.002-0 Gasometria () Sim () Não
660. Referencia os pacientes para os serviços de Cirurgia Torácica e/ou Serviço de Alta Complexidade em Oncologia quando necessário? () Sim () Não
661. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA TORÁCICA () SIM () NÃO**Classificação e equipe mínima**

662. Possui médico cirurgião torácico, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
663. Possui fisioterapeuta? () Sim () Não
664. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
665. Realiza uma média de 120 consultas por mês com médico cirurgião torácico? () Sim () Não
666. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.01.01.042-9 - Punção e biópsia de tórax () Sim () Não
 - 02.04 - Raio X () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.09.04.001-7 - Broncoscopia () Sim () Não
 - 02.11.08.005-5 - Espirometria () Sim () Não
 - 02.07 - RNM () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia () Sim () Não
 - 02.08 - Cintilografia () Sim () Não
667. Realiza no mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar?() Sim () Não
668. Referencia os pacientes para Serviço de Alta Complexidade em Oncologia, ambulatório de Pneumologia quando necessário? () Sim () Não
669. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM COLOPROCTOLOGIA (PROCTOLOGIA) () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

670. Possui pelo menos 1 médico coloproctologista e 1 médico cirurgião geral, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
671. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
672. Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico coloproctologista? () Sim () Não
673. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.01.01 - Biópsias () Sim () Não
 - 02.04 - RX () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.09.01.002-9 – colonoscopia (coloscopia) () Sim () Não
 - 02.09.01.005-3 - Retossigmoidoscopia () Sim () Não
 - 02.06.03 - Tomografia abdômen () Sim () Não
 - 02.07.03 - RNM Abdômen e pelve () Sim () Não
674. Realiza no mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar?() Sim () Não
675. Referencia os pacientes para Serviço de Alta Complexidade em Oncologia quando necessário?() Sim () Não
676. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM REUMATOLOGIA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

677. Possui médico reumatologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
678. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
679. Possui farmacêutico responsável com carga horária mínima de 40 horas semanais?() Sim () Não
680. Possui enfermeiro capacitado? () Sim () Não
681. Possui terapeuta ocupacional? () Sim () Não
682. Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico reumatologista? () Sim () Não
683. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.04 - Raio X de articulações () Sim () Não
 - 02.07 - RNM () Sim () Não
684. Referencia os pacientes para serviço de traumatologia/ortopedia Serviço de Reabilitação física ou CER com modalidade de reabilitação física no caso de necessidade de OPMs quando necessário?() Sim () Não
685. Referencia os pacientes para serviço de fisioterapia nos Municípios para tratamento conservador quando necessário? () Sim () Não

686. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PLÁSTICA REPARADORA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

687. Possui médico cirurgião plástico, com no mínimo 2 cirurgiões,, com Registro de Qualificação Profissional,com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não

688. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não

689. Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico cirurgião plástico? () Sim () Não

690. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
- 02.11.02.003-6 Eletrocardiograma () Sim () Não
- 02.11.02006-0 - Teste de esforço / Teste ergométrico () Sim () Não
- 02.04 – Raio X () Sim () Não
- 02.06 - Tomografia () Sim () Não
- 04.10 - Cirurgia de Mama () Sim () Não
- 04.13 - Cirurgia Reparadora () Sim () Não
- 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora Pós-cirurgia Bariátrica

691. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínicapré cirúrgica e avaliação pré-anestésica? () Sim () Não

692. Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA VASCULAR () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

693. Possui médico cirurgião vascular, com no mínimo 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional,com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não

694. Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não

695. Realiza uma média de 120 consultas por mês com médico cirurgião vascular? () Sim () Não

696. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
- 02.11.02.003-6 Eletrocardiograma () Sim () Não
- 02.05.01.004-0 - Ultrassonografia doppler vasos () Sim () Não
- 02.10.01.007-0 Arteriografias de membros () Sim () Não
- 02.10.01 Flebografia () Sim () Não
- 04.18.01 - acessos para diálise () Sim () Não
- 04.18.02 - intervenções cirúrgicas em acessos para diálise () Sim () Não

697. Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínicapré cirúrgica e avaliação pré-anestésica? () Sim () Não

698. Referencia os pacientes para Serviço de Alta complexidade Cardiovascular quando necessário?() Sim () Não

699. Contrarreferencia os pacientes para serviços de hemodiálise a Atenção Primária em Saúde?() Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA BARIÁTRICA () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

700. Possui médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo, com no mínimo 2 cirurgiões,com Registro de Qualificação Profissional? () Sim () Não

701. Possui nutricionista? () Sim () Não

702. Possui psicólogo ou psiquiatra? () Sim () Não

703. Possui clínico geral ou endocrinologista? () Sim () Não

704. Possui equipe complementar? () Sim () Não

705. Realiza uma média de 120 acompanhamentos pré e pós cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional?() Sim () Não

706. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
- 02.04.03 – Raio X simples de tórax () Sim () Não
- 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma () Sim () Não

- 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia Transtorácico () Sim () Não
 - 02.05.01.004-0 - Ultrassonografia Doppler Colorido (até 3 vasos) () Sim () Não
 - 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia de Abdomen Total () Sim () Não
 - 02.09.01.003-7 - Esofagogastroduodenoscopia () Sim () Não
 - 02.11.08.005-5 - Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador (espirometria)() Sim () Não
 - 04.07.01.012-2-Gastrectomia c/ ou s/ desvio duodenal () Sim () Não
 - 04.01.01.73-Gastroplastia c/ derivação intestinal () Sim () Não
 - 04.07.01.018-1-Gastroplastia vertical com banda () Sim () Não
 - 04.07.01.036-0-Gastrectomia vertical em manga (sleeve) () Sim () Não
 - 04.07.01.038-6-Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia () Sim () Não
 - 03.01.12.005-6-Acompanhamento de Paciente Pós-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional() Sim () Não
 - 03.01.12.008-0- Acompanhamento de Paciente Pré-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional() Sim () Não
707. Realiza o mínimo de 15 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínicapré cirúrgica e avaliação pré-anestésica? () Sim () Não
708. Contrarreferencia os pacientes para a atenção primária ou Ambulatório de doenças crônicas e idosos?() Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR () SIM () NÃO

Classificação e equipe mínima

709. Possui médico endocrinologista, com Registro de Qualificação Profissional? () Sim () Não
710. Possui médico psiquiatra com Registro de Qualificação com carga horária mínima de 20 horas semanais?() Sim () Não
711. Possui médico clínico geral com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
712. Possui psicólogo, assistente social e enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
713. Possui equipe complementar? () Sim () Não
714. Possui médico urologista, médico ginecologista e fonoaudiólogo?() Sim () Não
715. Realiza uma média de 240 consultas médicas por mês? () Sim () Não
716. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais (Hemograma + perfil hepático + perfil metabólico + pesquisa de ISTs)() Sim () Não
 - 02.02 - Exames laboratoriais (perfil hormonal: estradiol + testosterona total + SHbg + LH + FSH e prolactina) () Sim () Não
717. Referencia os pacientes para Serviço Especializado no Processo Transsexualizador habilitação 30.01 ou 30.03? () Sim () Não
718. Contrarreferencia os pacientes para a atenção primária? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE PÓS COVID () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

719. Promove o acompanhamento clínico e a reabilitação de pacientes egressos de internação por COVID-19 em leito Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ou leito de enfermaria, que cursaram com seqüelas físicas, cognitivas e/ou psíquicas? () Sim () Não
720. Compõe a Linha do Cuidado Pós COVID-19, como componente da atenção especializada ambulatorial?() Sim () Não
721. Está integrado aos demais pontos de atenção à saúde do seu território? () Sim () Não
722. Desenvolve o compartilhamento do cuidado dos usuários com a Atenção Primária em Saúde (APS), de acordo com o plano de cuidados integrado? () Sim () Não
723. Pauta o processo de trabalho pela educação em saúde coletiva, buscando o fortalecimento da equipe e da rede do território a que pertence. Tais ações perpassam o matriciamento, discussão de planos terapêuticos, debates/interlocações/estudos a partir das necessidades do território, desenvolvimento de pesquisa clínica relacionada ao tema pós COVID-19 e outras ações que qualifiquem o trabalho e a atenção?() Sim () Não

Classificação e equipe mínima

724. Possui médico especialista em clínica médica, com titulação reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina com carga horária mínima de 40 horas semanais ? () Sim () Não
725. Possui médico pneumologista ou cardiologista ou neurologista, com titulação reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
726. Possui enfermeiro com carga horária mínima de 40 horas semanais ? () Sim () Não
727. Possui assistente social e farmacêutico com carga horária mínima de 20 horas semanais cada?() Sim () Não
728. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 120 horas semanais? () Sim () Não
729. Possui fonoaudiólogo com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
730. Possui nutricionista e psicólogo com carga horária mínima de 40 horas semanais cada?() Sim () Não
731. Possui terapeuta ocupacional com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
732. Realiza uma média de 480 consultas médicas por mês? () Sim () Não
733. Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02-Diagnóstico em Laboratório Clínico () Sim () Não
 - 02.04-Diagnóstico por Radiologia () Sim () Não
 - 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia Transtorácica () Sim () Não
 - 02.05.01.004-0 - Ultrassonografia Doppler de Vasos (até 3 vasos) () Sim () Não
 - 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia Abdômen Total () Sim () Não
 - 0206020031-Tomografia Computadorizada de Tórax () Sim () Não
 - 0211020036-Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 0211020060-Teste Esforço/T. Ergométrico () Sim () Não
 - 0211080055-Espirometria ou Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador() Sim () Não
 - 0211080080-Teste de Caminhada de 6 Minutos () Sim () Não
 - 0401010015-Curativo Grau II c/ ou s/ Debridamento () Sim () Não
734. Referencia os pacientes para Serviço de pneumologia, serviço de reabilitação, serviço de altacomplexidade cardiovascular, serviço de alta complexidade em neurologia? () Sim () Não
735. Contrarreferencia os pacientes para a atenção primária? () Sim () Não

PLANTÃO PRESENCIAL() SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

736. Oferece plantão 24 horas com médico plantonista presencial em cada especialidade habilitada para recebimento do incentivo? () Sim () Não
737. É retaguarda de UTI, para atendimento nas especialidades referidas no com disponibilidade de 100% dos leitos para a gerência do complexo Regulador Estadual, acordando com o conceito de “Vaga Sempre”? () Sim () Não
738. Está localizado em município que dispõe de base de SAMU com ambulância Suporte Básico, contando com cobertura de unidade de suporte avançado local ou regional? () Sim () Não
739. É referência/retaguarda a Pronto Atendimento Hospitalar 24 horas e/ou UPA? () Sim () Não
740. Utiliza sistema de acolhimento e triagem de pacientes por Protocolo regulamentado de classificação de risco? () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA ADULTOS E PESSOAS IDOSAS?() SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

741. Atende às condições crônicas de adultos e idosos proporcionando atenção contínua, multiprofissional, proativa e integrada com os demais pontos de atenção à saúde na região?() Sim () Não
742. Atende a população adulta de hipertensos de alto risco e/ou diabéticos de alto e muito alto risco e/ou classificada como grau II de obesidade com comorbidades ou grau III de obesidade? () Sim () Não
743. Atende a população idosa classificada com sobrepeso com comorbidades e/ou classificada como Perfil 2 ou 3 de funcionalidade, a partir do resultado igual ou superior a 7 pontos no instrumento IVCF-20?() Sim () Não
744. Compartilha o cuidado com a atenção à saúde com a APS, de acordo com o plano de cuidados integrado?() Sim () Não
745. Oferece as 04 funções essenciais: assistencial, matriciamento, pesquisa clínica operacional e educação permanente para a APS? () Sim () Não
746. Compromete-se com o alcance dos indicadores de estrutura, processo e resultado previstos em documento específico a ser editado pela SES? () Sim () Não

747. Oferta consultas por equipe multiprofissional, exames especializados, administração de medicamentos e procedimentos conforme documento específico a ser editado pela SES? () Sim () Não
748. Adota o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e do modelo de atenção contínua, constante na Portaria SES nº 537/2021 e suas atualizações? () Sim () Não
749. Programa consultas médicas, no mínimo, 2 pacientes/por hora? () Sim () Não
750. Administra medicamentos, quando necessário; bem como, realizar curativo grau II c/ ou s/ debridamento? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

751. Possui enfermeiro coordenador geral e enfermeiro coordenador assistencial com carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não
752. Possui enfermeiro assistencial com carga horária mínima de 178 horas semanais? () Sim () Não
753. Possui enfermeiro assistencial (para cuidados do pé diabético) com carga horária mínima de 27 horas semanais? () Sim () Não
754. Possui enfermeiro ponto de apoio com carga horária mínima de 60 horas semanais? () Sim () Não
755. Possui nutricionista e psicólogo com carga horária mínima de 178 horas semanais? () Sim () Não
756. Possui farmacêutico clínico com carga horária mínima de 148 horas semanais? () Sim () Não
757. Possui assistente social com carga horária mínima de 120 horas semanais? () Sim () Não
758. Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 115 horas semanais? () Sim () Não
759. Possui profissional de educação física com carga horária mínima de 74 horas semanais? () Sim () Não
760. Possui técnico de enfermagem com carga horária mínima de 174 horas semanais? () Sim () Não
761. Possui terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, médico angiologista e médico oftalmologista com carga horária mínima de 51 horas semanais? () Sim () Não
762. Possui médico psiquiatra com carga horária mínima de 28 horas semanais? () Sim () Não
763. Possui médico cardiologista com carga horária mínima de 124 horas semanais? () Sim () Não
764. Possui médico endocrinologista com carga horária mínima de 84 horas semanais? () Sim () Não
765. Possui médico nefrologista com carga horária mínima de 27 horas semanais? () Sim () Não
766. Possui médico de Família Comunidade (responsável pela conexão/matriciamento entre as equipes da AB dos territórios e a equipe especializada do ambulatório) com carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não
767. Possui médico geriatra ou com especialização em idoso com carga horária mínima de 74 horas semanais? () Sim () Não
768. Possui os exames e procedimentos de:
- 02.02 - Ultrassonografia Doppler colorido de vasos () Sim () Não
 - 02.11.02.006-0 - Teste Ergométrico () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.05.01.002-4 - Ecocardiografia Transesofágica () Sim () Não
 - 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia Transtorácica () Sim () Não
 - 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia de Abdômen Total () Sim () Não
 - 02.11.02.004-4 - Holter () Sim () Não
 - 02.05.01.001-6 - Ecocardiografia de estresse () Sim () Não
 - 02.11.06.010-0 - Fundoscopia () Sim () Não
 - 04.05.03.004-5 - Fotocoagulação a laser () Sim () Não
 - 02.11.06.017-8 - Retinografia Colorida Binocular () Sim () Não
 - MAPA () Sim () Não
 - Avaliação de função e mecânica respiratória () Sim () Não
 - Avaliação de movimento (por imagem) () Sim () Não
 - Avaliação funcional muscular () Sim () Não

AMBULATÓRIO DE EGRESSO DE UTI NEONATAL? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

769. Atende às crianças residentes na respectiva área de abrangência, independentemente da localização da UTI neonatal onde ocorreu a internação, conforme fluxograma de referência e contrarreferência? () Sim () Não
770. Mantém a ficha de Acompanhamento Individual, devidamente preenchida conforme modelo constante na Portaria SES nº 537/2021? () Sim () Não
771. Envia à SES/RS relatório mensal com a inclusão das crianças que iniciaram o acompanhamento e com a informação dos dados (data e procedimentos realizados) da visita mensal das demais crianças? () Sim () Não

772. Realiza a aplicação de imunizantes além dos indicados pelo calendário vacinal? () Sim () Não
 773. Mantém atualizado o relatório mensal de atividades conforme modelo constante na Portaria SES nº537/2021? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

774. Possui equipe multiprofissional com Neonatologia, Pediatria, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Serviço Social, Psicologia, Nutrição e suporte de outras especialidades médicas pediátricas como Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Gastroenterologia e Cirurgia Pediátrica? () Sim () Não
775. Possui os exames e procedimentos de:
- Triagem auditiva (EOA, BERA) () Sim () Não
 - Triagem visual (fundoscopia indireta) () Sim () Não
 - Avaliação de crescimento (curvas para prematuros) () Sim () Não
 - Avaliação neurológica (tônus) () Sim () Não
 - Avaliação de desenvolvimento () Sim () Não
 - Teste de Alberta (18 meses) ou Bayley (6 anos) () Sim () Não
 - Exames laboratoriais (anemia) () Sim () Não
 - Protocolos específicos para avaliação da função pulmonar () Sim () Não
 - Densitometria Óssea ou Raio X de ossos longos () Sim () Não
776. Nutrição com condutas a serem adotadas para relactação e complementação com leites especiais, senecessário () Sim () Não
777. Apoio psicossocial com acompanhamento familiar para detecção de situações de risco () Sim () Não
778. Reabilitação em estimulação precoce () Sim () Não

HOSPITAL DE PEQUENO PORTE (sem nenhum Tipo de Serviço incentivado)? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

779. Realiza internação de pacientes clínicos e/ou cirúrgicos? () Sim () Não
780. Realizar atendimentos ambulatoriais? () Sim () Não
781. Está habilitado pelo Ministério da Saúde como hospital de pequeno porte ou possui até 30 leitos no CNES? () Sim () Não
782. Não estar habilitado no ASSISTIR para outro tipo de serviço? () Sim () Não
783. Atende à sua população de referência e, quando solicitado pela regulação estadual ou municipal, aceitar pacientes de internados em hospitais com maior capacidade tecnológica para manutenção e finalização de tratamento? () Sim () Não

LEITOS DE SAÚDE MENTAL? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

784. Apresenta taxa de ocupação mínima de 80% (oitenta por cento), sendo que os hospitais que apresentarem taxa de ocupação média mensal inferior a 60% (sessenta por cento) pelo período de 90 (noventa) dias passarão por reavaliação técnica? () Sim () Não Tx: _____
785. Trabalha para a melhoria constante da qualificação assistencial? () Sim () Não
786. Disponibiliza, através dos sistemas oficiais do Estado, os leitos à regulação estadual? () Sim () Não
787. Oferece educação permanente no ambiente hospitalar e em articulação com os demais equipamentos do território, organizando roteiro em educação permanente, o qual deverá ser implementado junto às diferentes equipes intersetoriais de acordo com as necessidades identificadas? () Sim () Não
788. Elabora Plano Terapêutico Singular (PTS) através da equipe multidisciplinar, com a participação do usuário? () Sim () Não
789. Utiliza as guias de referência e contrarreferência para toda a rede de saúde conforme modelo constante na Portaria SES nº 537/2021? () Sim () Não
790. Participa das reuniões da RAPS local e dos Grupos Condutores Regionais para pactuação e acompanhamento da linha de cuidado em saúde mental, com construção conjunta de fluxos de rede de saúde e intersetorial e garantia de acolhimento em diferentes portas de entrada? () Sim () Não
791. Atende às urgências e emergências em saúde mental referenciadas pela RAPS local e/ou regional? () Sim () Não
792. Garante o atendimento do paciente pelo médico clínico plantonista nas situações em que não houver presença do médico psiquiatra na admissão do usuário? () Sim () Não

793. Garante as ações de interconsulta com as demais equipes do hospital e equipes de outros serviços da rede referência do usuário na perspectiva da integralidade e da continuidade da atenção? () Sim () Não
794. Garante a visita de familiares, rede afetiva e profissionais de referência do usuário durante a internação, de modo a fortalecer as relações sociais? () Sim () Não
795. Articula com os demais serviços da RAPS desde o momento do início da internação, garantindo o acesso e acolhimento do usuário na rede após a alta hospitalar e a corresponsabilização do cuidado? () Sim () Não
796. Promove atividades de educação permanente para os profissionais do hospital em conjunto com os demais serviços da RAPS? () Sim () Não
797. Proporciona aos usuários a participação em espaços terapêuticos em conjunto com a rede extrahospitalar durante a internação? () Sim () Não
798. Considera a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) para prescrição dos psicofármacos disponíveis na Rede no momento da alta do paciente? () Sim () Não
799. Fornece o formulário de solicitação de psicofármacos, quando for o caso, preenchido e assinado pelo médico responsável, para garantia do seguimento do tratamento medicamentoso fora da Instituição? () Sim () Não
800. O número de leitos de atenção integral em Saúde Mental não excede o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do Hospital Geral? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

De 08 a 10 leitos () Sim () Não

801. Possui 02 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno? () Sim () Não
802. Possui 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não
803. Possui 01 médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 10 horas por semana? () Sim () Não

De 11 a 20 leitos () Sim () Não

804. Possui 04 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno e 03 por turno noturno? () Sim () Não
805. Possui 01 enfermeiro por turno? () Sim () Não
806. Possui 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 60 horas semanais? () Sim () Não
807. Possui 01 médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga horária mínima de 20 horas por semana? () Sim () Não

De 21 a 30 leitos () Sim () Não

808. Possui 05 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno e 04 por turno noturno? () Sim () Não
809. Possui 01 enfermeiro por turno? () Sim () Não
810. Possui 02 profissionais de saúde mental de nível superior, com carga horária mínima de 90 horas semanais? () Sim () Não
811. Possui 01 médico clínico responsável pelas interconsultas? () Sim () Não
812. Possui 01 ou 02 médicos psiquiatras responsáveis pelos leitos, contabilizando carga horária total de 30 horas por semana? () Sim () Não

LEITOS DE SAÚDE PRISIONAL? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

813. Interna população privada de liberdade? () Sim () Não
814. Possui estrutura física capaz de garantir a segurança do paciente internado nestes leitos quanto dos demais pacientes internados? () Sim () Não

LEITOS DE UTI/UCI? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

815. Apresenta uma taxa de ocupação mínima de 80% (não descartando, com isso, a possibilidade de cobrança do Ministério da Saúde sobre sua exigência de taxa de ocupação) a ser avaliada trimestralmente, e considerando a melhoria constante da qualificação assistencial? () Sim () Não
816. Está adequado e cumpre os parâmetros mínimos da RDC 50/2002 e RDC 7/2010 da ANVISA, a PortariaMS/GM 930/2012, a Portaria de Consolidação nº 3 Títulos X e IV do Ministério da Saúde? () Sim () Não
817. Publica, mensalmente, a taxa de mortalidade padronizada (quociente entre a mortalidade verificada sobre a mortalidade esperada), assinada pelo Responsável Técnico? () Sim () Não

818. Garante diagnóstico, a beira do leito, da Retinopatia da Prematuridade (ROP), em todo o recém-nascido internado em leitos de UTI Neo Natal, com peso ao nascer < 1500g e/ou Idade Gestacional < 32 semanas? () Sim () Não

819. Considera nos leitos de UTI Neo Natal, a presença de fatores de risco, tais como: síndrome do desconforto respiratório, sepse, transfusões sanguíneas, gestações múltiplas e hemorragia intracraniana? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

820. Possui equipe técnica, estrutura física, equipamentos, diagnóstico e tratamentos de acordo as normativas RDC 50/2002, RDC 7/2010, Portaria de Consolidação MS nº 3 Títulos X e IV e Portaria MS/GM 930/2012? () Sim () Não

MATERNIDADE DE ALTO RISCO? () Sim () Não

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

821. Apresenta todos os critérios técnicos requisitados na Maternidade de Risco Habitual? () Sim () Não

822. Realiza atendimento de urgência/ emergência obstétrica, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana? () Sim () Não

823. Realiza atendimento em urgência e emergência obstétrica nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana. Assim como fornece retaguarda às urgências e emergências obstétricas e neonatais atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede Cegonha em sua Região de Saúde e garante o encaminhamento responsável? () Sim () Não recebe todas as gestantes de alto risco previamente vinculadas pela atenção básica e/ou ambulatório de gestante de alto risco (AGAR)? () Sim () Não recebe todas as gestantes de alto risco encaminhadas diretamente pelo hospital de referência de risco habitual regional ou pela central de regulação estadual para atender as intercorrências durante a gestação e realização de parto? () Sim () Não

824. Mantém todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para centrais de regulação municipais ou estaduais? () Sim () Não

825. Implanta o acolhimento com classificação de risco em urgências obstétricas, ginecológicas e neonatais? () Sim () Não

826. Mantém a unidade de avaliação da vitalidade fetal pré-natal de alto risco da sua área de referência? () Sim () Não

827. Dispõe de infra-estrutura para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) com equipamentos e estrutura profissional de acordo com as normas e regulamentos vigentes e realiza a inserção gradativa da oferta de UCI Neonatal Convencional e UCI Neonatal Canguru (UCINCa)? () Sim () Não

828. Dispõe de infra-estrutura para Unidade de Terapia Intensiva Adulto com equipamentos e estrutura profissional de acordo com as normas e regulamentos vigentes. No caso do hospital não contar com esse serviço, possui pactuação para retaguarda de suporte imediato? () Sim () Não

829. Mantém Comitê Hospitalar de mortalidade materna e infantil e investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil (10-49 anos) ocorrida no Hospital e envia, periodicamente, os relatórios de investigação para o Departamento de Ações e Políticas Públicas em Saúde da SES? () Sim () Não

830. Estabelece e coloca em prática plano de ação interno para a redução do percentual de cesáreas sempre que a maternidade atingir um percentual de parto normal inferior a 60%. Considerando a Classificação de Robson em Obstetrícia para o monitoramento e implementação de estratégias para redução de cesarianas? () Sim () Não

831. Comunica situações que possam interferir nos atendimentos contratualizados e no fluxo da rede? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

832. Possui Enfermeiro e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não

833. Possui Enfermeiro Obstetra, Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Neonatologista ou Intensivista Pediatria, Médico Pediatra, Nutricionista, Farmacêutico e Psicólogo disponíveis sempre que necessário? () Sim () Não

834. Possui Médico Obstetra disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não

835. Possui Médico Pediatra disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não

836. Possui Médico Anestesiologista disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não

837. Possui, disponível 24 horas por dia, sete dias por semana?
- 02.05.02.014-3 - ultrassonografia obstétrica () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 - eletrocardiograma () Sim () Não
 - Cardiografia () Sim () Não
 - Serviço de radiologia () Sim () Não
 - Laboratório clínico () Sim () Não
 - Posto de coleta de leite humano () Sim () Não
 - Garantir acesso à ultrassonografia com “doppler”, caso necessário () Sim () Não

MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

838. Atende à necessidade estimada de partos pelo Sistema Único de Saúde da região a qual pertence? () Sim () Não
839. Está articulada em rede para receber todos os encaminhamentos advindos da atenção primária à saúde e/ou intercorrências/emergências, durante a gestação ou puerpério e entende e cumpre a de, nas situações em que a gestante estiver internada em uma maternidade de risco habitual e necessite de atendimento de alto risco, seguir o fluxo de contato direto entre os serviços para transferência da paciente dentro de sua referência pactuada? () Sim () Não
840. Está inserido no processo de trabalho da Instituição a Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde, ou atualizações do mesmo, para reorganizar a porta de entrada dos atendimentos, tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico baseado em protocolo fundamentado cientificamente, potencializando o trabalho em equipe dos setores da maternidade, através de uma comunicação institucional sistematizada? () Sim () Não
841. Assume a corresponsabilidade na avaliação e classificação de risco da gestante e a encaminha ao serviço de maior complexidade sempre que necessário? () Sim () Não dispõe de médico obstetra, médico pediatra, médico anestesista e enfermeiro nas 24 horas do dia, e assume o compromisso de inserção gradativa da enfermeira obstétrica no processo assistencial? () Sim () Não
842. Cumpre os dispositivos das diretrizes de atenção ao parto normal e ao parto cesariano, conforme recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)? () Sim () Não
843. Segue as recomendações para a prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, conforme orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização? () Sim () Não
844. Assegura o respeito à diversidade cultural, étnica, racial e sexual das gestantes e seus familiares? () Sim () Não
845. Garante a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério, conforme Lei nº 11.108/2005? () Sim () Não
846. Realiza ações de planejamento reprodutivo pós-parto ou abortamento? () Sim () Não
847. Orienta de forma precisa o acesso e uso dos métodos contraceptivos no puerpério, reafirmando o direito de acesso a métodos contraceptivos de escolha da mulher, de modo a não ter uma gravidez não planejada? () Sim () Não
848. Assume o compromisso de inserção gradativa da oferta de DIU pós-parto e abortamento? () Sim () Não
849. Realiza a contrarreferência da mulher para o serviço de atenção primária do seu território, garantindo a continuidade do cuidado? () Sim () Não
850. Realiza a atenção ao puerpério imediato e garantir a longitudinalidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido através do sistema de referência e contrarreferência com a equipe de atenção primária? () Sim () Não
851. Realiza o acolhimento, os primeiros atendimentos e o encaminhamento à rede especializada conforme estabelecido na lei nº 12.845/2013, nos casos de violência sexual? () Sim () Não
852. Encaminha a gestante para os serviços de referência nos casos de aborto previsto em lei ou interrupção ilegal da gestação? () Sim () Não
853. Realiza as notificações e investigações sanitárias vigentes, principalmente a investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais e para as notificações compulsórias de doenças e agravos durante a gestação em casos de violência? () Sim () Não
854. Estabelece e colocar em prática plano de ação interno para a redução do percentual de cesáreas sempre que a maternidade atingir um percentual de parto normal inferior a 70%, considerando a Classificação de Robson em Obstetrícia para o monitoramento e implementação de estratégias para redução de cesarianas? () Sim () Não

855. Atende às exigências de infraestrutura física, processos e procedimentos preconizados pela legislação dos órgãos de Vigilância Sanitária e do Ministério da Saúde para uma ambiência e realização dos procedimentos adequados às boas práticas de atenção ao parto e nascimento? () Sim () Não

856. Realiza o atendimento hospitalar integral em situações de abortamento utilizando as recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização? () Sim () Não

857. Segue as boas práticas do parto e nascimento conforme recomendações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização? () Sim () Não

858. Segue as recomendações de segurança do paciente conforme orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde-RS, baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização? () Sim () Não

859. Assegura o respeito, a proteção e a garantia dos direitos humanos e dos direitos sociais? () Sim () Não

860. Comunica situações que possam interferir nos atendimentos contratualizados e no fluxo da rede? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

861. Possui Enfermeiro e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não

862. Possui Médico Obstetra e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não

863. Possui Médico Pediatra e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não

864. Possui Médico Anestesiologista e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não

HABILITAÇÃO COMO CACON OU UNACON? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

865. Acolhe a todos pacientes com diagnóstico já firmado de câncer ou aqueles que apresentam suspeitas clínicas e foram encaminhados à unidade oncológica e precisam de exames para o diagnóstico? () Sim () Não

866. Ampliou a produção de exames e procedimentos diagnósticos em, no mínimo, 5% (cinco por cento) ao ano? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

867. Possui equipe técnica, estrutura física, equipamentos, diagnóstico e tratamentos de acordo com a Portaria SAES/MS Nº 1.399/2019? () Sim () Não

PORTA DE ENTRADA? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

868. Possui estrutura e equipe capacitada para atendimento e estabilização de paciente crítico? () Sim () Não

869. Dispõe de serviços de apoio diagnóstico, com laboratório clínico e de imagem em tempo integral? () Sim () Não

870. Submete-se à regulação estadual, sem negativa de acesso, conforme as referências pactuadas? () Sim () Não

871. Acolhe, sem negativa de acesso, pacientes de fora das referências pactuadas quando encaminhados pela regulação estadual? () Sim () Não

872. Possui sistema informatizado do SAMU na porta de entrada para receber pacientes e registrar atendimentos? () Sim () Não

873. Estabelece e adota protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e procedimentos administrativos no hospital? () Sim () Não

874. Tem implantado processo de acolhimento com classificação de risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato? () Sim () Não

875. Articula com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), as unidades de pronto atendimento (UPA) e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência? () Sim () Não

876. Submete-se à regulação estadual? () Sim () Não

877. Possui equipe multiprofissional compatível com o porte da porta de entrada hospitalar de urgência? () Sim () Não
878. Organiza o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como “diarista”, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe? () Sim () Não
879. Tem implantado mecanismos de gestão da clínica, visando à: (a) qualificação do cuidado; (b) eficiência de procedimentos; (c) reorganização dos fluxos e processos de trabalho e (d) implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos? () Sim () Não
880. Garante a retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em sua região, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias, conforme previsto no Plano de Ação Regional ou por definição da Secretaria Estadual de Saúde? () Sim () Não
881. Garante o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação? () Sim () Não
882. Realiza o contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

Porte Geral I () Sim () Não

883. Possui até 50 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? () Sim () Não
884. Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem? () Sim () Não
885. Realiza atendimentos clínicos de média complexidade? () Sim () Não

Porte Geral II () Sim () Não

886. Possui de 51 a 99 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? () Sim () Não
887. Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem? () Sim () Não
888. Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade? () Sim () Não

Porte Geral III () Sim () Não

889. Possui mais de 100 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? () Sim () Não
890. Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem, sendo obrigatório Pediatra, Cirurgião e Anestesiologista? () Sim () Não
891. Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade? () Sim () Não

Porte Especializado I () Sim () Não

892. Possui mais de 100 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? () Sim () Não
893. Possui ao menos uma habilitação federal, em alta complexidade, nas especialidades de Traumatologia-Ortopedia e/ou Neurologia/Neurocirurgia e/ou Cardiologia? () Sim () Não
894. Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem, sendo obrigatório Pediatra, Cirurgião e Anestesiologista? () Sim () Não
895. Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média e alta complexidade? () Sim () Não

Porte Especializado II () Sim () Não

896. Possui mais de 100 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? () Sim () Não
897. Possui ao menos duas habilitações federais, em alta complexidade, nas especialidades de Traumatologia-Ortopedia e/ou Neurologia/Neurocirurgia e/ou Cardiologia? () Sim () Não
898. Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem, sendo obrigatório Pediatra, Cirurgião e Anestesiologista? () Sim () Não
899. Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média e alta complexidade? () Sim () Não

*Quando da habilitação/qualificação das portas de entrada pelo Ministério da Saúde através do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência - PAR da RUE, o valor aportado pelo Estado a título de incentivo para este tipo de serviço será reduzido para o valor correspondente ao porte imediatamente inferior ao porte habilitado pelo ente federal.

O tipo de serviço porta de entrada poderá contar ainda com o plantão presencial na porta, serviço médico, operando 24 horas por dia, sete dias por semana, nas especialidades de Oftalmologia, Cirurgia Vascular, Neurologia Clínica e Cirúrgica, Traumatologia-Ortopedia, Buco-Maxilo-Facial, desde que a instituição não seja habilitada em Alta Complexidade para a referida especialidade.

Avaliação no item Ambulatório de Especialidades.

CENTRO DE REFERÊNCIA AO ATENDIMENTO INFANTO JUVENIL (CRAI) ? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

900. Possui cadastro como serviço hospitalar em Serviço de Saúde para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017? () Sim () Não
901. Contempla todos os ciclos de vida e suas especificidades no seu atendimento, tendo em vista o cadastramento para atenção integral a todas as pessoas em situação de violência sexual? () Sim () Não
902. É referência para o atendimento de outras formas de violência, sobretudo aquelas de caráter agudo, que envolvam risco à vítima e/ou que exijam a realização de perícias médico-legais, físicas e/ou psíquicas? () Sim () Não
903. Garante o atendimento pela emergência/serviço de referência nos casos de violência sexual ou outras violências que chegarem fora do horário de funcionamento do CRAI? () Sim () Não
904. Se necessário, a vítima ficará internada para posterior atendimento no centro de referência. O hospital cumpre esse requisito? () Sim () Não
905. Compartilha o cuidado com a Atenção Primária à Saúde (APS), ordenadora do cuidado, garantindo a execução planejada, integrada e organizada das ações? () Sim () Não
906. Presta atendimento integral e interinstitucional por meio dos diferentes órgãos que compõem o CRAI: Saúde (cuidado em saúde e proteção), Instituto-Geral de Perícias (materialização de provas), Polícia Civil (denúncia e investigação) e Ministério Público (articulação e fiscalização)? () Sim () Não
907. Promove espaços de educação permanente a todos os funcionários/servidores sobre o atendimento e enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, incluindo seguranças, recepcionistas, profissionais da assistência, coordenação do serviço, etc? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

908. Possui médico pediatra, ginecologista ou clínico? () Sim () Não
909. Possui enfermeiro? () Sim () Não
910. Possui técnico de enfermagem? () Sim () Não
911. Possui psicólogo? () Sim () Não
912. Possui assistente social? () Sim () Não
913. Possui farmacêutico? () Sim () Não

SUPLEMENTAR DIFERENCIAL**AMBULATÓRIO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA? () SIM () NÃO****Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

914. Atende pacientes com deficiência referenciados pela regulação estadual ou municipal? () Sim () Não

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CASOS AGUDOS EM HEMATOLOGIA? () SIM () NÃO**Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

915. Atende pacientes com quadro agudo de leucemia, seja pela porta de entrada da emergência, seja através de transferência hospitalar solicitada pela regulação estadual ou municipal? () Sim () Não
916. Atende pacientes com quadro agudo suspeito de leucemia, seja pela porta de entrada da emergência, seja através de transferência hospitalar solicitada pela regulação estadual ou municipal? () Sim () Não

FORMAÇÃO RAPS ESCOLA? () SIM () NÃO**Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

917. Possui implantada e implementadas estratégias de Educação Permanente e de educação continuada em saúde mental coletiva e em psiquiatria? () Sim () Não
918. Garante que a formação dos profissionais possa permear todos os níveis de complexidade que compõem o cuidado em saúde mental na RAPS: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção hospitalar, atenção às urgências e emergências, atenção residencial de caráter transitório e estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial presentes no território? () Sim () Não
919. Possui Programa de Residência Médica em Psiquiatria e/ou de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva? () Sim () Não

HOSPITAL PÚBLICO () SIM () NÃO**Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

920. Com até 99 leitos? () Sim () Não
 921. Com mais de 100 leitos? () Sim () Não
 922. Possui algum outro Tipo de Serviço incentivado? () Sim () Não

INTERNAÇÃO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SAÚDE MENTAL () SIM () NÃO**Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

923. Possui Unidades de Referência Macrorregionais para Atenção Integral em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes nos Hospitais Gerais? () Sim () Não
 924. Atende crianças e adolescentes da macrorregião de saúde, após esgotada a complexidade de cuidado das Unidades de Referência Especializadas para Atenção Integral em Saúde Mental dos Hospitais Gerais (casos refratários)? () Sim () Não

LEITOS DE SAÚDE MENTAL () SIM () NÃO**Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

925. É hospital geral com leitos de saúde mental? () Sim () Não

PRONTO SOCORRO () SIM () NÃO**Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos**

926. É hospital de pronto socorro? () Sim () Não

TRANSPLANTES () Sim () Não**Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais**

927. Apresenta organização de acordo com as normas gerais de funcionamento previstas na Resolução nº083/2010 – CIB/RS () Sim () Não

REQUISITOS GERAIS DAS OPO'S:

928. Mantém a equipe da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOOT e contratar profissionais para a OPO – Organização de Procura de Órgãos () Sim () Não
 929. Mantém infra-estrutura adequada ao funcionamento da OPO, em relação à área física, equipamentos e transporte da equipe. () Sim () Não
 930. Enviam os relatórios de atividades da OPO (Anexo I da alínea H do capítulo III do Anexo I da presente Portaria). () Sim () Não
 931. Enviam os relatórios previstos para as CIHDOOTs na Portaria GM/MS nº 2600, de 21/10/2009. () Sim () Não

Atribuições Relacionadas aos Hospitais sob Monitoramento Diário:

932. Monitorar as internações em UTIs com a finalidade de detecção de pacientes classificados como possíveis doadores (Glasgow 3). Esta atividade deve ser presencial em cada UTI, no mínimo três vezes por semana. () Sim () Não
 933. Acompanhar o processo de definição da morte encefálica e auxiliar no fluxo técnico da UTI para manutenção da viabilidade do doador. () Sim () Não
 934. Integrar equipes de retiradas de órgãos do estado, sendo demandadas, quando necessário, pela CNCDO/RS. () Sim () Não
 935. Assessoramento e acompanhamento técnico para as demais UTIs da macrorregião de abrangência, sob solicitação da Central de Transplantes. () Sim () Não

REQUISITOS ESPECÍFICOS DAS OPO'S – CAPTADORAS DE ÓRGÃOS E CIRÚRGICAS (SD N°s 10E 11 DA TABELA DO CAPÍTULO II DO ANEXO I):

936. Realiza a gestão e capacitação das equipes multidisciplinares envolvidas no ato operatório nas retiradas cirúrgicas, coordenadores hospitalares de transplante e demais profissionais relacionados aos programas de transplantes, de acordo com a necessidade, podendo abranger profissionais de outras instituições; () Sim () Não
 937. Realiza coletas de materiais para biópsias; () Sim () Não

VII - PARECER DA COMISSÃO:

A recomendação da CAC deve ser justificada e fundamentada e será submetida à avaliação do Departamento de Gestão da Atenção Especializada.

CONCORDÂNCIA DO PRESTADOR SIM NÃO**VI - DE ACORDO:**_____
ASSINATURA REPRESENTANTE SES/RS_____
ASSINATURA REPRESENTANTE SES/RS_____
ASSINATURA REPRESENTANTE HOSPITAL_____
ASSINATURA REPRESENTANTE SMS_____
ASSINATURA REPRESENTANTE MUNICÍPIOS_____
ASSINATURA REPRESENTANTE CMS

institucional>									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDICADOR DO CONTRATO	ABRIL			MAIO			JUNHO		
	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

INDICADOR DO CONTRATO	JULHO			AGOSTO			SETEMBRO		
	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

L) PLANO DE AÇÃO PARA OS INDICADORES:

O objetivo do Plano de Ação é a prestação dos serviços com foco no cumprimento do contrato, ou seja, no atendimento pleno do cidadão nos limites contratados. O hospital poderá adotar ações como mutirões, abertura de turnos extras, etc para que, no período de 12 meses alcance os quantitativos previstos e consiga cumprir o contrato na íntegra.

PLANO DE AÇÃO			
ESTRATÉGIA	OBJETIVO	PRAZO	RESPONSÁVEL
<Reduzir a mortalidade institucional>	<Atingir redução para 3%>	<60 dias>	<hospital>

F) CONSIDERAÇÕES DA COMISSÃO SOBRE OS INDICADORES: * Obrigatória a justificativa se a pontuação CAC for inferior a pontuação do contrato. A CAC tem, como principal função, identificar onde está ocorrendo o descumprimento do contrato, avaliar as motivações e, junto com o hospital, buscar alternativas para melhorar seu desempenho e a qualidade dos serviços prestados.

<especificar as ações tomadas e motivos pela qual não houve o cumprimento total na pontuação>

	RO						
Reunião Maio	<50>	<75>	<55>				
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

COMPETÊNCIA REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO					ACUMULADO	
	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	META FÍSICA ANUAL DO CONTRATO	META FÍSICA ATINGIDA CAC
Reunião Maio							
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

J) **DADOS DA PRODUÇÃO MAC MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL:** Valores aprovados da produção Ambulatorial disponibilizados pelo DATASUS.

COMPETÊNCIA REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO						
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Reunião Maio							
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

COMPETÊNCIA REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO					ACUMULADO	
	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	META FÍSICA ANUAL DO CONTRATO	META FÍSICA ATINGIDA CAC
Reunião Maio							
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

K) **CONSIDERAÇÕES DA CAC:*** Obrigatória a justificativa se os quantitativos físicos de produção forem diferentes dos dados oficiais do DATASUS. (Por motivos excepcionais a CAC poderá utilizar quantitativos de produção diferentes da produção DATASUS, devendo justificar seu ato e utilizar a meta no quadro acima). A CAC tem a autonomia e o compromisso de avaliar dados de produção que por algum motivo não foram registrados e/ou reconhecidos pelos sistemas

oficiais do Ministério da Saúde, considerando que o foco primário é o atendimento ao cidadão. É indispensável que se avalie e se justifique situações onde, por exemplo, o serviço estava disponível ao usuário e não houve o atingimento da meta devido ao absenteísmo. Situações de absenteísmo fogem do controle das instituições e devem ser adotadas medidas junto aos gestores municipais para que consigam reduzir a falta dos pacientes aos atendimentos e estas ações devem estar descritas no relatório, bem como, o monitoramento do impacto das ações adotadas ao longo dos meses.

- L) Estratégias pactuadas para atingir o cumprimento das metas físicas estabelecidas no contrato. (Obrigatória caso a meta física atingida CAC fique inferior a meta física anual do contrato).

PLANO DE AÇÃO			
ESTRATÉGIA	OBJETIVO	PRAZO	RESPONSÁVEL
<Aumentar a agenda do mês XXX em XX consultas>	<120 consultas/mês>	<30 dias>	<hospital>
< Nas consultas especializadas lembrar o paciente por SMS um dia antes>	Diminuir o absenteísmo	<60 dias>	<SMS Município>

V – AVALIAÇÃO DAS HABILITAÇÕES FEDERAIS:

- O) O HOSPITAL RESPEITA AS NORMAS DA SUA HABILITAÇÃO FEDERAL QUANTO À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA? () Sim () Não

Entendendo que a qualidade da assistência muitas vezes tem um caráter subjetivo, é fundamental que a CAC descreva os pontos positivos ou negativos identificados, descrevendo justificadamente, as ações sugeridas e adotadas para qualificação plena do serviço.

- P) O HOSPITAL CUMPRE OS QUANTITATIVOS MÍNIMOS DE PROCEDIMENTOS TRATADOS NAS NORMAS DE SUA HABILITAÇÃO? () Sim () Não

Caso o hospital não cumpra os quantitativos mínimos estabelecidos nas normas que o habilitaram a prestação de serviços específicos, cabe à CAC descrever justificadamente as motivações que levam a esse descumprimento, bem como estabelecer quais as ações sugeridas e adotadas para a execução da totalidade dos serviços quantificados nas normativas de habilitação.

--

Q) OS PROCEDIMENTOS REFERENTES ÀS HABILITAÇÕES FEDERAIS SÃO REGULADAS? ()Sim ()Não

R) A COTA DISPONIBILIZADA PELO HOSPITAL RESPEITA OS QUANTITATIVOS DO CONTRATO E REGRAS DA REGULAÇÃO ESTADUAL? ()Sim ()Não

S) HÁ NEGATIVA DE ACESSO? ()Sim ()Não

É indispensável que a CAC identifique, avalie e descreva de forma clara e objetiva qual a negativa de acesso identificada, quando isso ocorreu e quais as motivações do hospital para a negativa, buscando orientar e auxiliar o hospital para que a totalidade das suas referências e também para que entenda e cumpra as determinações da regulação estadual quando esta precisa lançar mão da quebra de referência para garantir o acesso do paciente.

T) HÁ FILA DE ESPERA PARA AS CIRURGIAS? ()Sim ()Não

U) TEMPO MÉDIO DE ESPERA ENTRE A CONSULTA E A CIRURGIA?

Neste item é necessário destacar as especialidades, separadamente, considerando que o que estabelece a especialidade é o código do procedimento e não o CBO do profissional que o executa, por exemplo: Grupo 04 e Subgrupo 08 – Especialidade de Traumatologia/Ortopedia; Grupo 04 e Subgrupo 03 – Especialidade de Neurologia e assim por diante.

VI – AVALIAÇÃO DOS INCENTIVOS ESTADUAIS:

C) AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS INCENTIVOS ESTADUAIS:

1. O Hospital cumpre a finalidade disposta nas normas que o habilitou? ()Sim ()Não
2. Os serviços/procedimentos referentes às habilitações estaduais são regulados? ()Sim ()Não

3. A cota disponibilizada pelo hospital respeita os quantitativos do contrato e regras da regulação estadual? ()Sim ()Não

4. Há negativa de acesso? ()Sim ()Não

É indispensável que a CAC identifique, avalie e descreva de forma clara e objetiva qual a negativa de acesso identificada, quando isso ocorreu e quais as motivações do hospital para a negativa, buscando orientar e auxiliar o hospital para que a totalidade das suas referências e também para que entenda e cumpra as determinações da regulação estadual quando esta precisa lançar mão da quebra de referência para garantir o acesso do paciente.

5. O hospital presta atendimento gratuito e integral aos usuários?

Justificativa e observações:

VII – RECOMENDAÇÕES DA COMISSÃO:

A recomendação da CAC deve ser justificada e fundamentada e será submetida à avaliação do Departamento de Gestão da Atenção Especializada.

<input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO DO DOCUMENTO DESCRITIVO – METAS QUANTITATIVAS	<input type="checkbox"/>	ENVIO DE NOVOS DADOS PELO PRESTADOR
<input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO DO DOCUMENTO DESCRITIVO – INDICADORES – INCLUSÃO OU EXCLUSÃO*	<input type="checkbox"/>	ATUALIZAÇÃO DO CNES
<input type="checkbox"/>	PATUAÇÃO EM CIR OU CIB DE REFERÊNCIAS	<input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO NA CAPACIDADE INSTALADA DO PRESTADOR
<input type="checkbox"/>	OUTRO		

*somente por implantação ou extinção de serviços relacionados aos indicadores.

CONCORDÂNCIA DO PRESTADOR

() SIM () NÃO

VI – DE ACORDO:

ASSINATURA REPRESENTANTE SES/RS

ASSINATURA REPRESENTANTE HOSPITAL

ASSINATURA REPRESENTANTE MUNICÍPIOS



**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL/SES-RS
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - DGAE**

RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DO CONTRATO

I – IDENTIFICAÇÃO:

MUNICÍPIO:	DATA AVALIAÇÃO:
PRESTADOR:	CNES:
Nº CONTRATO AVALIADO:	ANO E MESES AVALIADOS:
PERFIL HOSPITAL:	

II – IDENTIFICAÇÃO DA COMISSÃO:

MEMBROS	VINCULAÇÃO
	SES/RS
	SES/RS
	HOSPITAL
	MUNICÍPIOS REFERÊNCIA
	CMS
	SMS

III – ANÁLISE QUALITATIVA:

R) CONSOLIDADO DA PONTUAÇÃO DAS METAS QUALITATIVAS DO CONTRATO: Refere-se ao somatório da pontuação de todos os indicadores existente no contrato.

CRONOGRAMA ANUAL	MÊS DE AVALIAÇÃO	MÊS DE APLICAÇÃO DO DESCONTO
Reunião Maio	Janeiro a Março	Maio do próximo ano
Reunião Agosto	Janeiro a Junho	
Reunião Novembro	Janeiro a Setembro	
Reunião Março	Janeiro a Dezembro	

INDICADOR DO CONTRATO	JANEIRO			FEVEREIRO			MARÇO		
	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

INDICADOR	ABRIL	MAIO	JUNHO
------------------	--------------	-------------	--------------

DO CONTRATO	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

INDICADOR DO CONTRATO	JULHO			AGOSTO			SETEMBRO		
	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

INDICADOR DO CONTRATO	OUTUBRO			NOVEMBRO			DEZEMBRO		
	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

- G) **CONSIDERAÇÕES DA COMISSÃO SOBRE OS INDICADORES:** * Obrigatória a justificativa se a pontuação CAC for inferior a pontuação do contrato. A CAC tem, como principal função, identificar onde está ocorrendo o descumprimento do contrato, avaliar as motivações e, junto com o hospital, buscar alternativas para melhorar seu desempenho e a qualidade dos serviços prestados.

<especificar as ações tomadas e motivos pela qual não houve o cumprimento total na pontuação>

S) **HOUVE NEGATIVA DE ACESSO PELO HOSPITAL?** () Sim () Não

- H) **QUAIS SERVIÇOS? QUEM REALIZOU A REGULAÇÃO?** É indispensável que a CAC identifique, avalie e descreva de forma clara e objetiva qual a negativa de acesso identificada, quando isso ocorreu e quais as motivações do hospital para a negativa, buscando orientar e auxiliar o hospital para que a totalidade das suas referências e também para que entenda e cumpra as determinações da regulação estadual quando esta precisa lançar mão da quebra de referência para garantir o acesso do paciente.

A) HOUVE INTERRUPTÃO DO ATENDIMENTO? () Sim () Não

B) FOI NOTIFICADA A SES/RS? () Sim () Não

T) QUAIS? QUAL O PERÍODO? O detalhamento das motivações que levaram à interrupção do atendimento é importante, bem como, quais as ações adotadas e/ou planejadas para retomada do atendimento pleno.

IV – ANÁLISE QUANTITATIVA:

M) DADOS DA PRODUÇÃO MAC MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR: Valores aprovados da produção hospitalar disponibilizados pelo DATASUS.

CRONOGRAMA ANUAL	MÊS DE AVALIAÇÃO	MÊS DE APLICAÇÃO DO DESCONTO
Reunião Maio	Janeiro a Março	Maio do próximo ano
Reunião Agosto	Janeiro a Junho	
Reunião Novembro	Janeiro a Setembro	
Reunião Março	Janeiro a Dezembro	

COMPETÊNCIA A REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO						
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Reunião Maio	<50>	<75>	<55>				
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

COMPETÊNCIA A REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO					ACUMULADO	
	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	META FÍSICA ANUAL DO CONTRATO	META FÍSICA ATINGIDA A CAC
Reunião Maio							
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

N) DADOS DA PRODUÇÃO MAC MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL: Valores aprovados da produção Ambulatorial disponibilizados pelo DATASUS.

COMPETÊNCIA A REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO						
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Reunião Maio							
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

COMPETÊNCIA A REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO					ACUMULADO	
	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	META FÍSICA ANUAL DO CONTRATO	META FÍSICA ATINGIDA A CAC
Reunião Maio							
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

- A) CONSIDERAÇÕES DA CAC:*** Obrigatória a justificativa se os quantitativos físicos de produção forem diferentes dos dados oficiais do DATASUS. (Por motivos excepcionais a CAC poderá utilizar quantitativos de produção diferentes da produção DATASUS, devendo justificar seu ato e utilizar a meta no quadro acima). A CAC tem a autonomia e o compromisso de avaliar dados de produção que por algum motivo não foram registrados e/ou reconhecidos pelos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, considerando que o foco primário é o atendimento ao cidadão. É indispensável que se avalie e se justifique situações onde, por exemplo, o serviço estava disponível ao usuário e não houve o atingimento da meta devido ao absenteísmo. Situações de absenteísmo fogem do controle das instituições e devem ser adotadas medidas junto aos gestores municipais para que consigam reduzir a falta dos pacientes aos atendimentos e estas ações devem estar descritas no relatório, bem como, o monitoramento do impacto das ações adotadas ao longo dos meses.

- B) Estratégias pactuadas para atingir o cumprimento das metas físicas estabelecidas no contrato (Obrigatória caso a meta física atingida CAC fique inferior a meta física anual do contrato).**

V – AVALIAÇÃO DAS HABILITAÇÕES FEDERAIS:**V) O HOSPITAL RESPEITA AS NORMAS DA SUA HABILITAÇÃO FEDERAL QUANTO À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA? () Sim () Não**

Entendendo que a qualidade da assistência muitas vezes tem um caráter subjetivo, é fundamental que a CAC descreva os pontos positivos ou negativos identificados, descrevendo justificadamente, as ações sugeridas e adotadas para qualificação plena do serviço.

W) O HOSPITAL CUMPRE OS QUANTITATIVOS MÍNIMOS DE PROCEDIMENTOS TRATADOS NAS NORMAS DE SUA HABILITAÇÃO? () Sim () Não

Caso o hospital não cumpra os quantitativos mínimos estabelecidos nas normas que o habilitaram a prestação de serviços específicos, cabe à CAC descrever justificadamente as motivações que levam a esse descumprimento, bem como estabelecer quais as ações sugeridas e adotadas para a execução da totalidade dos serviços quantificados nas normativas de habilitação.

X) OS PROCEDIMENTOS REFERENTES ÀS HABILITAÇÕES FEDERAIS SÃO REGULADAS? () Sim () Não**Y) A COTA DISPONIBILIZADA PELO HOSPITAL RESPEITA OS QUANTITATIVOS DO CONTRATO E REGRAS DA REGULAÇÃO ESTADUAL? () Sim () Não****Z) HÁ NEGATIVA DE ACESSO? () Sim () Não**

É indispensável que a CAC identifique, avalie e descreve de forma clara e objetiva qual a negativa de acesso identificada, quando isso ocorreu e quais as motivações do hospital para a negativa, buscando orientar e auxiliar o hospital para que a totalidade das suas referências e também para que entenda e cumpra as determinações da regulação estadual quando esta precisa lançar mão da quebra de referência para garantir o acesso do paciente.

AA) HÁ FILA DE ESPERA PARA AS CIRURGIAS? () Sim () Não**BB) TEMPO MÉDIO DE ESPERA ENTRE A CONSULTA E A CIRURGIA?**

Neste item é necessário destacar as especialidades, separadamente, considerando que o que estabelece a especialidade é o código do procedimento e não o CBO do profissional que o executa, por exemplo: Grupo 04 e Subgrupo 08 – Especialidade de Traumatologia/Ortopedia; Grupo 04 e Subgrupo 03 – Especialidade de Neurologia e assim por diante.

VI – AVALIAÇÃO DOS INCENTIVOS ESTADUAIS:**D) AVALIAÇÃO QUALITATIVA DOS INCENTIVOS ESTADUAIS:**

6. O Hospital cumpre a finalidade disposta nas normas que o habilitou? ()Sim ()Não
7. Os serviços/procedimentos referentes às habilitações estaduais são regulados? ()Sim ()Não
8. A cota disponibilizada pelo hospital respeita os quantitativos do contrato e regras da regulação estadual? ()Sim ()Não
9. Há negativa de acesso? ()Sim ()Não

É indispensável que a CAC identifique, avalie e descreva de forma clara e objetiva qual a negativa de acesso identificada, quando isso ocorreu e quais as motivações do hospital para a negativa, buscando orientar e auxiliar o hospital para que a totalidade das suas referências e também para que entenda e cumpra as determinações da regulação estadual quando esta precisa lançar mão da quebra de referência para garantir o acesso do paciente.

10. O hospital presta atendimento gratuito e integral aos usuários?

Justificativa e observações:

VII – PARECER DA COMISSÃO:

A recomendação da CAC deve ser justificada e fundamentada e será submetida à avaliação do Departamento de Gestão da Atenção Especializada.

CONCORDÂNCIA DO PRESTADOR

() SIM () NÃO

VI – DE ACORDO:

ASSINATURA REPRESENTANTE SES/RS

ASSINATURA REPRESENTANTE SES/RS

ASSINATURA REPRESENTANTE HOSPITAL

ASSINATURA REPRESENTANTE SMS

ASSINATURA REPRESENTANTE MUNICÍPIOS

ASSINATURA REPRESENTANTE CMS

ANEXO IV – RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO E FINAL DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DO CONTRATO DO HOSPITAL DE PEQUENO PORTE - HPP



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL/SES-RS
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - DGAE

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DO CONTRATO E PROGRAMA ASSISTIR - HPP

I – IDENTIFICAÇÃO:

MUNICÍPIO:	DATA AVALIAÇÃO:
PRESTADOR:	CNES:
Nº CONTRATO AVALIADO:	ANO E MESES AVALIADOS:
PERFIL HOSPITAL:	

II – IDENTIFICAÇÃO DA COMISSÃO:

MEMBROS	VINCULAÇÃO
	SES/RS
	HOSPITAL
	CMS
	SMS

CRONOGRAMA ANUAL	MÊS DE AVALIAÇÃO	MODELO DE RELATÓRIO
Reunião Maio	Janeiro a Março	Relatório de Acompanhamento
Reunião Agosto	Janeiro a Junho	Relatório de Acompanhamento
Reunião Novembro	Janeiro a Setembro	Relatório de Acompanhamento
Reunião Março	Janeiro a Dezembro	Relatório Final

III – ANÁLISE QUALITATIVA DO CONTRATO:

U) INDICADORES: DADOS DA META ACEITÁVEL

INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
-----------	---------	-----------	-------

DO CONTRATO	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

INDICADOR DO CONTRATO	ABRIL			MAIO			JUNHO		
	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

INDICADOR DO CONTRATO	JULHO			AGOSTO			SETEMBRO		
	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

INDICADOR DO CONTRATO	OUTUBRO			NOVEMBRO			DEZEMBRO		
	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

V) PLANO DE AÇÃO PARA OS INDICADORES:

O objetivo do Plano de Ação é a prestação dos serviços com foco no cumprimento do contrato, ou seja, no atendimento pleno do cidadão nos limites contratados. O hospital poderá adotar ações como mutirões, abertura de turnos extras, etc, para que, no período de 12 meses alcance os quantitativos previstos e consiga cumprir o contrato na íntegra.

PLANO DE AÇÃO			
ESTRATÉGIA	OBJETIVO	PRAZO	RESPONSÁVEL
<Reduzir a mortalidade institucional>	<Atingir redução para 3%>	<60 dias>	<hospital>

W) CONSIDERAÇÕES DA COMISSÃO SOBRE OS INDICADORES: * Obrigatória a justificativa se a pontuação CAC for inferior a pontuação do contrato. A CAC tem, como principal função, identificar onde está ocorrendo o descumprimento do contrato, avaliar as motivações e, junto com o hospital, buscar alternativas para melhorar seu desempenho e a qualidade dos serviços prestados.

X) HOUVE NEGATIVA DE ACESSO PELO HOSPITAL? () Sim () Não

Y) QUAIS SERVIÇOS? QUEM REALIZOU A REGULAÇÃO?

É indispensável que a CAC identifique, avalie e descreva de forma clara e objetiva qual a negativa de acesso identificada, quando isso ocorreu e quais as motivações do hospital para a negativa, buscando orientar e auxiliar o hospital para que a totalidade das suas referências e também para que entenda e cumpra as determinações da regulação estadual quando esta precisa lançar mão da quebra de referência para garantir o acesso do paciente.

Z) HOUVE INTERRUPTÃO DO ATENDIMENTO? () Sim () Não

AA) FOI NOTIFICADA A SES/RS? () Sim () Não

BB) QUAIS SERVIÇOS? QUAL O PERÍODO? O detalhamento das motivações que levaram à interrupção do atendimento é importante, bem como, quais as ações adotadas e/ou planejadas para retomada do atendimento pleno.

IV – ANÁLISE QUANTITATIVA:

O) DADOS DA PRODUÇÃO MAC MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL: Valores aprovados da produção Ambulatorial disponibilizados pelo DATASUS.

COMPETÊNCIA A REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO						
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Reunião Maio							
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

COMPETÊNCIA A REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO					ACUMULADO	
	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	META FÍSICA ANUAL DO CONTRATO	META FÍSICA ATINGIDA A CAC
Reunião Maio							
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

P) CONSIDERAÇÕES DA CAC:* Obrigatória a justificativa se os quantitativos físicos de produção forem diferentes dos dados oficiais do DATASUS. (Por motivos excepcionais a CAC poderá utilizar quantitativos de produção diferentes da produção DATASUS, devendo justificar seu ato e utilizar a meta no quadro acima)

Q) Estratégias pactuadas para atingir o cumprimento das metas físicas estabelecidas no contrato * (Obrigatória caso a meta física atingida CAC fique inferior a meta física anual do contrato).

PLANO DE AÇÃO			
ESTRATÉGIA	OBJETIVO	PRAZO	RESPONSÁVEL
<Aumentar a agenda do mês XXX em XX consultas>	<120 consultas/mês>	<30 dias>	<hospital>
< Nas consultas especializadas lembrar	Diminuir o absenteísmo	<60 dias>	<SMS Município>

o paciente por SMS um dia antes>			

R) HÁ NEGATIVA DE ACESSO? () Sim () Não

VI – AVALIAÇÃO DOS INCENTIVOS ESTADUAIS:

E) AVALIAÇÃO DO PROGRAMA ASSISTIR:

TIPOS DE SERVIÇO

HOSPITAL DE PEQUENO PORTE (sem nenhum Tipo de Serviço incentivado)? () SIM () NÃO

Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

954. Realiza internação de pacientes clínicos e/ou cirúrgicos? () Sim () Não
 955. Realizar atendimentos ambulatoriais? () Sim () Não
 956. Está habilitado pelo Ministério da Saúde como hospital de pequeno porte ou possui até 30 leitos no CNES?() Sim () Não
 957. Não estar habilitado no ASSISTIR para outro tipo de serviço? () Sim () Não
 958. Atende à sua população de referência e, quando solicitado pela regulação estadual ou municipal, aceitar pacientes de internados em hospitais com maior capacidade tecnológica para manutenção e finalização de tratamento? () Sim () Não

Classificação e equipe mínima

959. Possui médico pediatra, ginecologista ou clínico? () Sim () Não
 960. Possui enfermeiro? () Sim () Não
 961. Possui técnico de enfermagem? () Sim () Não
 962. Possui psicólogo? () Sim () Não
 963. Possui assistente social? () Sim () Não
 964. Possui farmacêutico? () Sim () Não

Conclusão por Tipo de Serviço:

HPP : () Atende a todos os requisitos () Atende Parcialmente () Não Atende

Justificativa e observações:

VII – RECOMENDAÇÕES DA COMISSÃO:

<input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO DO DOCUMENTO DESCRITIVO – METAS QUANTITATIVAS	<input type="checkbox"/>	ENVIO DE NOVOS DADOS PELO PRESTADOR
<input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO DO DOCUMENTO DESCRITIVO – INDICADORES – INCLUSÃO OU EXCLUSÃO*	<input type="checkbox"/>	ATUALIZAÇÃO DO CNES
<input type="checkbox"/>	PATUAÇÃO EM CIR OU CIB DE REFERÊNCIAS	<input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO NA CAPACIDADE INSTALADA DO PRESTADOR
<input type="checkbox"/>	OUTRO		

*somente por implantação ou extinção de serviços relacionados aos indicadores.

CONCORDÂNCIA DO PRESTADOR () SIM () NÃO

VI – DE ACORDO:

ASSINATURA REPRESENTANTE SES/RS

ASSINATURA REPRESENTANTE HOSPITAL

ASSINATURA REPRESENTANTE CMS

ASSINATURA REPRESENTANTE SMS



DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - DGAE
RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DO CONTRATO E
PROGRAMA ASSISTIR

I – IDENTIFICAÇÃO:

MUNICÍPIO:	DATA AVALIAÇÃO:
PRESTADOR:	CNES:
Nº CONTRATO AVALIADO:	ANO E MESES AVALIADOS:
PERFIL HOSPITAL:	

II – IDENTIFICAÇÃO DA COMISSÃO:

MEMBROS	VINCULAÇÃO
	SES/RS
	HOSPITAL
	CMS
	SMS

III – ANÁLISE QUALITATIVA:

CC) CONSOLIDADO DA PONTUAÇÃO DAS METAS QUALITATIVAS DO CONTRATO: Refere-se ao somatório da pontuação de todos os indicadores existente no contrato.

CRONOGRAMA ANUAL	MÊS DE AVALIAÇÃO	MODELO DE RELATÓRIO
Reunião Maio	Janeiro a Março	Relatório de Acompanhamento
Reunião Agosto	Janeiro a Junho	Relatório de Acompanhamento
Reunião Novembro	Janeiro a Setembro	Relatório de Acompanhamento
Reunião Março	Janeiro a Dezembro	Relatório Final

INDICADOR DO CONTRATO	JANEIRO			FEVEREIRO			MARÇO		
	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

INDICADOR	ABRIL	MAIO	JUNHO
------------------	--------------	-------------	--------------

DO CONTRATO	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

INDICADOR DO CONTRATO	JULHO			AGOSTO			SETEMBRO		
	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

INDICADOR DO CONTRATO	OUTUBRO			NOVEMBRO			DEZEMBRO		
	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA	PONTUAÇÃO CONTRATO	PONTUAÇÃO ATINGIDA	META ATINGIDA
<Taxa de Cirurgias Eletivas>	<10>	<9,98>	<5%>						
<Taxa de Mortalidade institucional>									

- D) **CONSIDERAÇÕES DA COMISSÃO SOBRE OS INDICADORES:** * Obrigatória a justificativa se a pontuação CAC for inferior a pontuação do contrato. A CAC tem, como principal função, identificar onde está ocorrendo o descumprimento do contrato, avaliar as motivações e, junto com o hospital, buscar alternativas para melhorar seu desempenho e a qualidade dos serviços prestados.

<especificar as ações tomadas e motivos pela qual não houve o cumprimento total na pontuação>

DD) HOUVE NEGATIVA DE ACESSO PELO HOSPITAL? () Sim () Não

- J) **QUAIS SERVIÇOS? QUEM REALIZOU A REGULAÇÃO?** É indispensável que a CAC identifique, avalie e descreva de forma clara e objetiva qual a negativa de acesso identificada, quando isso ocorreu e quais as motivações do hospital para a negativa, buscando orientar e auxiliar o hospital para que a totalidade das suas referências e também para que entenda e cumpra as determinações da regulação estadual quando esta precisa lançar mão da quebra de referência para garantir o acesso do paciente.

EE) HOUVE INTERRUPTÃO DO ATENDIMENTO? () Sim () Não

FF) FOI NOTIFICADA A SES/RS? () Sim () Não

GG) QUAIS? QUAL O PERÍODO? O detalhamento das motivações que levaram à interrupção do atendimento é importante, bem como, quais as ações adotadas e/ou planejadas para retomada do atendimento pleno.

IV – ANÁLISE QUANTITATIVA:

S) **DADOS DA PRODUÇÃO MAC MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR:** Valores aprovados da produção hospitalar disponibilizados pelo DATASUS.

COMPETÊNCIA REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO						
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
Reunião Maio							
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

COMPETÊNCIA REUNIÃO	QUANTITATIVOS FÍSICOS DE PRODUÇÃO					ACUMULADO	
	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	META FÍSICA ANUAL DO CONTRATO	META FÍSICA ATINGIDA A CAC
Reunião Maio							
Reunião Agosto							
Reunião Novembro							
Reunião Março							

T) **DADOS DA PRODUÇÃO MAC MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL:** Valores aprovados da produção Ambulatorial disponibilizados pelo DATASUS.

CONCORDÂNCIA DO PRESTADOR

() SIM () NÃO

VI – DE ACORDO:

ASSINATURA REPRESENTANTE SES/RS

ASSINATURA REPRESENTANTE HOSPITAL

ASSINATURA REPRESENTANTE CMS

ASSINATURA REPRESENTANTE SMS