

Anexo 2: Relatório-padrão de controle pelas CACs

RELATÓRIO PADRÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO ASSISTIR PELAS COMISSÕES DE ACOMPANHAMENTO DE CONTRATOS
CNES do Hospital:
Nome do Hospital:
Período avaliado:
TIPOS DE SERVIÇO
1. Possui AGAR? () Sim () Não () Tipo I () Tipo II
1.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos
a) 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
b) 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
c) 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
d) adota o desenho de referências regionalizadas conforme pactuação e linha de cuidado da Rede da Atenção Materno-Infantil do RS? () Sim () Não
e) 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
f) 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
g) 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
h) 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

- i) realiza o registro do atendimento no prontuário, caderneta da gestante, formulários, encaminhamentos, laudos? () Sim () Não
- j) participa dos comitês de mortalidade infantil, fetal e materno, colegiados de maternidade, Grupo Conductor da Rede Cegonha, Fóruns Perinatais e outros espaços intra e intersetoriais? () Sim () Não
- k) 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
- l) realiza monitoramento de resultados e indicadores em consonância com as metas pactuadas para contribuir na redução da morbimortalidade materna e infantil? () Sim () Não

1.2 Classificação e equipe mínima

AGAR I

- a) Possui Enfermeiro com a carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui Assistente Social com a carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não
- c) Possui Psicólogo com carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não
- d) Possui Nutricionista com a carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não
- e) 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
- f) Possui médico Clínico Geral com carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não
- g) 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
- h) 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
- i) 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
- j) Realiza estes exames e procedimentos sempre que necessário, não havendo negativa de atendimento ou acesso?
 - o 02.11.04.006-1 - tococardiografia ante-parto () Sim () Não
 - o 02.05.02.014-3 - ultrassonografia obstétrica () Sim () Não
 - o 02.05.02.015-1 - ultrassonografia obstetrica c/ doppler colorido e pulsado () Sim () Não
 - o 02.11.02.003-6 - eletrocardiograma () Sim () Não
 - o 02.02.02.002-9 - contagem de plaquetas () Sim () Não
 - o 02.02.01.069-4 - dosagem de ureia () Sim () Não
 - o 02.02.09.008-6 - dosagem de creatinina () Sim () Não
 - o 02.02.01.012-0 - dosagem de ácido úrico () Sim () Não
 - o 02.02.01.061-9 - dosagem de proteínas totais () Sim () Não
 - o 02.02.01.007-4 - determinação de curva glicêmica clássica (5 dosagens) () Sim () Não

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

AGAR II

- a) Possui Enfermeiro com a carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui Assistente Social com a carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não
- c) Possui Psicólogo com carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não
- d) Possui Nutricionista com a carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não
- e) 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
- f) Possui médico Clínico Geral com carga horária mínima de 08 horas semanais? () Sim () Não
- g) Possui quatro Médicos em Medicina Fetal, Endocrinologia e Cardiologia? () Sim () Não
- h) Possui mais dois profissionais (Neurologista, Geneticista, Fisiatra, Fisioterapeuta, Educador Físico ou outro)? () Sim () Não
- i) 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
- l) 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
- m) 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
- n) 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 obstetrica 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
- o) Quando necessário o serviço realiza os exames complementares necessários para o cuidado integral de algumas gestantes? () Sim () Não

2. Possui MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL? () Sim () Não

2.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

- a) atende à necessidade estimada de partos pelo Sistema Único de Saúde da região a qual pertence?
() Sim () Não
- b) 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
- c) 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 embasado em protocolo fundamentado cientificamente, potencializando o trabalho em equipe dos setores da maternidade, através de uma comunicação institucional sistematizada? () Sim () Não
- d) assume a corresponsabilidade na avaliação e classificação de risco da gestante e a encaminha ao serviço de maior complexidade sempre que necessário? () Sim () Não
- e) 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
- f) 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
- g) 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
- h) assegura o respeito à diversidade cultural, étnica, racial e sexual das gestantes e seus familiares? () Sim () Não
- i) 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
- j) realiza ações de planejamento reprodutivo pós-parto ou abortamento? () Sim () Não
- k) 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
- l) assume o compromisso de inserção gradativa da oferta de DIU pós-parto e abortamento? () Sim () Não
- m) realiza a contrarreferência da mulher para o serviço de atenção primária do seu território, garantindo a continuidade do cuidado? () Sim () Não
- n) 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
- o) realiza o acolhimento, os primeiros atendimentos e o encaminhamento à rede especializada conforme o estabelecido na lei nº 12.845/2013, nos casos de violência sexual? () Sim () Não
- p) encaminha a gestante para os serviços de referência nos casos de aborto previsto em lei ou interrupção legal da gestação? () Sim () Não

- q) 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 e em casos de violência? () Sim () Não
- r) 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
- s) 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
- t) 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
- u) 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
- v) 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
- w) assegura o respeito, a proteção e a garantia dos direitos humanos e dos direitos sociais? () Sim () Não
- x) comunicar situações que possam interferir nos atendimentos contratualizados e no fluxo da rede? () Sim () Não

2.2 Classificação e equipe mínima

- a) Possui Enfermeiro e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não
- b) Possui Médico Obstetra e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não
- c) Possui Médico Pediatra e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não
- d) Possui Médico Anestesiologista e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não

3. Possui MATERNIDADE DE ALTO RISCO? () Sim () Não

3.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

- a) apresenta todos os critérios técnicos requisitados na Maternidade de Risco Habitual? () Sim () Não
- b) realiza atendimento de urgência/ emergência obstétrica, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana? () Sim () Não
- c) 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
- d) recebe todas as gestantes de alto risco previamente vinculadas pela atenção básica e/ou ambulatório de gestante de alto risco (AGAR)? () Sim () Não
- e) 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
- f) mantém todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para centrais de regulação municipais ou estadual? () Sim () Não
- g) implanta o acolhimento com classificação de risco em urgências obstétricas, ginecológicas e neonatais? () Sim () Não
- h) mantém a unidade de avaliação da vitalidade fetal pré-natal de alto risco da sua área de referência? () Sim () Não
- i) 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
- j) 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
- k) 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
- l) 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
- m) comunica situações que possam interferir nos atendimentos contratualizados e no fluxo da rede? () Sim () Não

3.2 Classificação e equipe mínima

- a) Possui Enfermeiro e técnico de enfermagem disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não
- b) Possui Enfermeiro Obstetra, Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Neonatologista ou Intensivista Pediatra, Médico Pediatra, Nutricionista, Farmacêutico e Psicólogo disponíveis sempre que necessário? () Sim () Não
- c) Possui Médico Obstetra disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não
- d) Possui Médico Pediatra disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não

- e) Possui Médico Anestesiologista disponível presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana?
() Sim () Não
- f) 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

4. Possui AMBULATÓRIO DE EGRESSO DE UTI NEONATAL? () Sim () Não

4.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

- a) atender 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
- b) mantém a ficha de Acompanhamento Individual, devidamente preenchida conforme modelo constante na Portaria SES nº 537/2021? () Sim () Não
- c) 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
- d) realiza a aplicação de imunizantes além dos indicados pelo calendário vacinal? () Sim () Não
- e) mantém atualizado o relatório mensal de atividades conforme modelo constante na Portaria SES nº 537/2021? () Sim () Não

4.2 Classificação e equipe mínima

- a) 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
- b) 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
 - Nutrição com condutas a serem adotadas para reactivação e complementação com leites especiais, se necessário () Sim () Não
 - Apoio psicossocial com acompanhamento familiar para detecção de situações de risco () Sim () Não
 - Reabilitação em estimulação precoce () Sim () Não

5. Possui PORTA DE ENTRADA? () Sim () Não

5.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

- a) possui estrutura e equipe capacitada para atendimento e estabilização de paciente crítico?
() Sim () Não
- b) dispõe de serviços de apoio diagnóstico, com laboratório clínico e de imagem em tempo integral?
() Sim () Não
- c) submete-se à regulação estadual, sem negativa de acesso, conforme as referências pactuadas?
() Sim () Não
- d) acolhe, sem negativa de acesso, pacientes de fora das referências pactuadas quando encaminhados pela regulação estadual? () Sim () Não
- e) possui sistema informatizado do SAMU na porta de entrada para receber pacientes e registrar atendimentos? () Sim () Não
- f) estabelece e adota protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e procedimentos administrativos no hospital? () Sim () Não
- g) 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
- h) 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
- i) submete-se à regulação estadual? () Sim () Não
- j) possui equipe multiprofissional compatível com o porte da porta de entrada hospitalar de urgência?
() Sim () Não
- k) 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
- l) tem implantado mecanismos de gestão da clínica, visando à: (a) qualificação do cuidado; (b) eficiência de leitos; (c) reorganização dos fluxos e processos de trabalho e (d) implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos? () Sim () Não
- m) 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
- n) garante o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação? () Sim () Não
- o) 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

5.2 Classificação e equipe mínima

Porte Geral I () Sim () Não

- a) Possui até 50 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? () Sim () Não
- b) Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico,

enfermeiro e técnicos de enfermagem? () Sim () Não

c) Realiza atendimentos clínicos de média complexidade? () Sim () Não

Porte Geral II () Sim () Não

a) Possui de 51 a 99 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? () Sim () Não

b) Dispõe de equipe treinada em urgência e emergência, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem? () Sim () Não

c) Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade? () Sim () Não

Porte Geral III () Sim () Não

a) Possui mais de 100 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? () Sim () Não

b) 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

c) Realiza atendimentos clínicos e cirúrgicos de média complexidade? () Sim () Não

Porte Especializado I () Sim () Não

a) Possui mais de 100 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? () Sim () Não

b) Possui ao menos uma habilitação federal, em alta complexidade, nas especialidades de Traumatologia e/ou Neurologia/Neurocirurgia e/ou Cardiologia? () Sim () Não

c) 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

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

Porte Especializado II () Sim () Não

e) Possui mais de 100 leitos cadastrados no CNES e em operação regular? () Sim () Não

f) Possui ao menos duas habilitações federais, em alta complexidade, nas especialidades de Traumatologia e/ou Neurologia/Neurocirurgia e/ou Cardiologia? () Sim () Não

g) 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

h) 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 a especialidade cirúrgica na porta, serviço médico, operando 24 horas por dia, sete dias por semana, nas especialidades de Oftalmologia, Cirurgia Vascular, Neurologia Clínica e Cirúrgica, Traumatologia, Buco-Maxilo-Facial, desde que a instituição não seja habilitada em Alta Complexidade para a referida especialidade.

Possui especialidade cirúrgica na Porta de Entrada? () Sim () Não

- a) Qual(is) especialidades(s)? _____
- b) Comprova a permanência do profissional médico, na especialidade descrita acima, presencialmente 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não
- c) Realiza o registro adequado no sistema de informática do SAMU comprovando a presença do profissional médico, na especialidade descrita, 24 horas por dia, sete dias por semana? () Sim () Não

6. Possui LEITOS DE SAÚDE MENTAL? () Sim () Não

6.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

- a) 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: _____
- b) trabalha para a melhoria constante da qualificação assistencial? () Sim () Não
- c) disponibiliza, através dos sistemas oficiais do Estado, os leitos à regulação estadual? () Sim () Não
- d) 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
- e) elabora Plano Terapêutico Singular (PTS) através da equipe multidisciplinar, com a participação do usuário? () Sim () Não
- f) utiliza as guias de referência e contrarreferência para toda a rede de saúde conforme modelo constante na Portaria SES nº 537/2021? () Sim () Não
- g) 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
- h) atende às urgências e emergências em saúde mental referenciadas pela RAPS local e/ou regional? () Sim () Não
- i) garante o atendimento do paciente pelo médico clínico plantonista nas situações em que não houver a presença do médico psiquiatra na admissão do usuário? () Sim () Não
- j) 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
- k) 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
- l) 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

- m) promove atividades de educação permanente para os profissionais do hospital em conjunto com os demais serviços da RAPS? () Sim () Não
- n) proporciona aos usuários a participação em espaços terapêuticos em conjunto com a rede extra-hospitalar durante a internação? () Sim () Não
- o) considera a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) para prescrição dos psicofármacos disponíveis na Rede no momento da alta do paciente? () Sim () Não
- p) 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
- q) 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

6.2 Classificação e equipe mínima

De 08 a 10 leitos () Sim () Não

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

De 11 a 20 leitos () Sim () Não

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

De 21 a 30 leitos () Sim () Não

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

7. Possui LEITOS DE UTI/UCI? () Sim () Não
7.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos <ul style="list-style-type: none">a) 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 () Nãob) está adequado e cumpre os parâmetros mínimos da RDC 50/2002 e RDC 7/2010 da ANVISA, a Portaria MS/GM 930/2012, a Portaria de Consolidação nº 3 Títulos X e IV do Ministério da Saúde? () Sim () Nãoc) publica, mensalmente, a taxa de mortalidade padronizada (quociente entre a mortalidade verificada sobre a mortalidade esperada), assinada pelo Responsável Técnico? () Sim () Nãod) 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 () Nãoe) 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
7.2 Classificação e equipe mínima <ul style="list-style-type: none">a) 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
8. Possui HABILITAÇÃO COMO CACON OU UNACON? () Sim () Não
8.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos <ul style="list-style-type: none">a) 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 () Nãob) ampliou a produção de exames e procedimentos diagnósticos em, no mínimo, 5% (cinco por cento) ao ano? () Sim () Não
8.2 Classificação e equipe mínima <ul style="list-style-type: none">a) Possui equipe técnica, estrutura física, equipamentos, diagnóstico e tratamentos de acordo com a Portaria SAES/ MS Nº 1.399/2019? () Sim () Não
9. Possui AMBULATÓRIO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA ADULTOS, PESSOAS IDOSAS E LESÕES DE PELE? () Sim () Não
9.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos <ul style="list-style-type: none">a) 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 () Nãoc) 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

d) 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

e) compartilha o cuidado com a atenção à saúde com a APS, de acordo com o plano de cuidados integrado? () Sim () Não

f) oferece as 04 funções essenciais: assistencial, matriciamento, pesquisa clínica operacional e educação permanente para a APS? () Sim () Não

g) compromete-se com o alcance dos indicadores de estrutura, processo e resultado previstos em documento específico a ser editado pela SES? () Sim () Não

h) oferta consultas por equipe multiprofissional, exames especializados, administração de medicamentos e procedimentos conforme documento específico a ser editado pela SES? () Sim () Não

i) adota o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e do modelo de atenção contínua, constante na Portaria SES nº 537/2021? () Sim () Não

j) programa consultas médicas, no mínimo, 2 pacientes/por hora? () Sim () Não

k) administra medicamentos, quando necessário; bem como, realizar curativo grau II c/ ou s/ debridamento? () Sim () Não

9.2 Classificação e equipe mínima

a) Possui enfermeiro coordenador geral e enfermeiro coordenador assistencial com carga horária mínima de 40 horas semanais? () Sim () Não

b) Possui enfermeiro assistencial com carga horária mínima de 178 horas semanais? () Sim () Não

c) Possui enfermeiro assistencial (para cuidados do pé diabético) com carga horária mínima de 27 horas semanais? () Sim () Não

d) Possui enfermeiro ponto de apoio com carga horária mínima de 60 horas semanais? () Sim () Não

e) Possui nutricionista e psicólogo com carga horária mínima de 178 horas semanais? () Sim () Não

f) Possui farmacêutico clínico com carga horária mínima de 148 horas semanais? () Sim () Não

g) Possui assistente social com carga horária mínima de 120 horas semanais? () Sim () Não

h) Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 115 horas semanais? () Sim () Não

i) Possui profissional de educação física com carga horária mínima de 74 horas semanais? () Sim () Não

- j) Possui técnico de enfermagem com carga horária mínima de 174 horas semanais? () Sim () Não
- k) Possui terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, médico angiologista e médico oftalmologista com carga horária mínima de 51 horas semanais? () Sim () Não
- l) Possui médico psiquiatra com carga horária mínima de 28 horas semanais? () Sim () Não
- m) Possui médico cardiologista com carga horária mínima de 124 horas semanais? () Sim () Não
- n) Possui médico endocrinologista com carga horária mínima de 84 horas semanais? () Sim () Não
- o) Possui médico nefrologista com carga horária mínima de 27 horas semanais? () Sim () Não
- p) 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
- q) Possui médico geriatra ou com especialização em idoso com carga horária mínima de 74 horas semanais? () Sim () Não
- r) Possui os exames e procedimentos de:
- o 02.02 - Ultrassonografia Doppler colorido de vasos () Sim () Não
 - o 02.11.02.006-0 - Teste Ergométrico () Sim () Não
 - o 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma () Sim () Não
 - o 02.05.01.002-4 - Ecocardiografia Transesofágica () Sim () Não
 - o 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia Transtorácica () Sim () Não
 - o 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia de Abdômen Total () Sim () Não
 - o 02.11.02.004-4 - Holter () Sim () Não
 - o 02.05.01-001-6 - Ecocardiografia de estresse () Sim () Não
 - o 02.11.06.010-0 - Fundoscopia () Sim () Não
 - o 04.05.03.004-5 - Fotocoagulação a laser () Sim () Não
 - o 02.11.06.017-8 - Retinografia Colorida Binocular () Sim () Não
 - o - MAPA () Sim () Não
 - o - Avaliação de função e mecânica respiratória () Sim () Não
 - o - Avaliação de movimento (por imagem) () Sim () Não
 - o - Avaliação funcional muscular () Sim () Não

10. Possui AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS E/OU AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES PRIORITÁRIAS? () Sim () Não

10.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

- a) disponibiliza mensalmente, no mínimo 20% a agenda para as primeiras consultas, à regulação estadual e/ou municipal? () Sim () Não
- b) mantém a lista de espera para cirurgia atualizada no sistema GERINT? () Sim () Não
- c) preenche a Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento (DITA) quando houver impossibilidade de acolher o encaminhamento? () Sim () Não

- d) qual o número total de DITAs emitidas pelo prestador no período avaliado? _____
- e) do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de profissionais que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? _____
- f) do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de equipamentos que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? _____
- g) do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de estrutura física que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? _____
- h) do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de exames que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? _____
- i) do total de DITAs emitidas pelo prestador, quantas referem-se à falta de equipamentos que o prestador tem obrigação de disponibilizar para atendimento? _____
- j) na eventualidade de não prestação do serviço incentivado, o prestador apresentou plano para recuperar os atendimentos/serviços não prestados? () Sim () Não

A) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM DERMATOLOGIA () Sim () Não

A.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico dermatologista, com Registro de Qualificação Profissional com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
- c) Realiza uma média de 240 consultas por mês? () Sim () Não
- d) 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
- e) Referencia os pacientes para os serviços que atendam cirurgia geral, cirurgia plástica ou oncologia quando necessário? () Sim () Não
- f) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

B) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM TRAUMATO/ORTOPEDIA () Sim () Não

B.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico traumato/ortopedista com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- c) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
- d) Possui técnico de gesso? () Sim () Não
- g) Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico cirurgião e 30 consultas por mês com médico anestesista? () Sim () Não
- h) 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
- i) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? (Sim (Não
- j) Referencia os pacientes para os serviços que atendam procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia, o serviço deverá ter referência em unidade de alta complexidade em traumatologia/ortopedia e para Unidade de Alta complexidade em Traumatologia/Ortopedia quando necessário? (Sim (Não
- k) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? (Sim (Não
- l) Atende o mínimo de duas subespecialidades e garante os exames diferenciais?
- 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

C) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA GERAL (Sim (Não

C.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico cirurgião geral com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? (Sim (Não
- b) Possui equipe de enfermagem? (Sim (Não
- c) Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico cirurgião e 30 consultas por mês com médico anestesista? (Sim (Não
- d) 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
- e) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? (Sim (Não
- f) Referencia os pacientes para os serviços que atendam procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia quando necessário? (Sim (Não

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

D) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA () Sim () Não

D.1 Classificação e equipe mínima

a) Possui médico cirurgião urologista com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não

b) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não

c) Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico cirurgião e 30 consultas por mês com médico anestesista? () Sim () Não

h) 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

i) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? () Sim () Não

j) Referencia os pacientes para os serviços que atendam procedimentos com necessidade de uso de alta tecnologia e/ou unidade de alta complexidade em oncologia quando necessário? () Sim () Não

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

E) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA LITOTRIPSIA () Sim () Não

E.1 Classificação e equipe mínima

a) Possui médico cirurgião urologista com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não

b) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não

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

d) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

• 02.04.05.013-8 - RX 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
- e) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? () Sim () Não
- f) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

F) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

() Sim () Não

F.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico cirurgião bucomaxilofacial com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui médico anestesiológico? () Sim () Não
- d) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
- e) Possui fonoaudiólogo? () Sim () Não
- f) Realiza uma média de 120 consultas por mês com médico cirurgião bucomaxilofacial? () Sim () Não
- l) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- Avaliação clínica pré-operatória, exames de imagem (RX extra oral- Panorâmico e RX intrabucais – 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
- m) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? () Sim () Não
- n) Atende pacientes de todas as faixas etárias? () Sim () Não
- o) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

G) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ODONTOLOGIA HOSPITALAR PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA () Sim () Não

G.1 Classificação e equipe mínima

- a) 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
- b) Possui médico anestesiológico? () Sim () Não
- c) Equipe auxiliar de enfermagem? () Sim () Não
- d) 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
- e) Disponibiliza avaliação clínica pré-operatória, exames de imagem (RX extra oral- Panorâmico e RX intrabucais - periapical e interproximal), exames laboratoriais? () Sim () Não

f) 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 subgingivais (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

g) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré anestésica? () Sim () Não

h) 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

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

H) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ENDOCRINOLOGIA () Sim () Não

H.1 Classificação e equipe mínima

a) Possui médico endocrinologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não

b) Possui nutricionista e enfermeiro com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não

c) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico cirurgião? () Sim () Não

d) 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 - RX () 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
- e) Referencia os pacientes para os serviços de cirurgia geral ou serviço de alta complexidade em oncologia e/ou obesidade quando necessário? () Sim () Não
- f) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

I) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GASTROENTEROLOGIA () Sim () Não

I.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico gastroenterologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui nutricionista com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- c) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
- d) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico gastroenterologista? () Sim () Não
- e) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.04 - RX () 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/colangiorressonancia () Sim () Não
- f) 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
- g) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

J) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA () Sim () Não

J.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico gastroenterologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
- h) Possui nutricionista com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- i) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
- j) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico gastroenterologista? () Sim () Não
- k) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.04 - RX () 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
- l) Referencia os pacientes para os serviços de cirurgia geral, pediátrica ou oncologia e contrarreferência do mesmo, para acompanhamento do paciente após cirurgia em acompanhamento ambulatorial quando necessário? () Sim () Não
- m) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

K) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GENÉTICA () Sim () Não

K.1 Classificação e equipe mínima

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

L) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GINECOLOGIA () Sim () Não

L.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico cirurgião Ginecologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
- c) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
- d) Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico ginecologista e 30 consultas por mês com o médico anestesista? () Sim () Não
- e) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica? () Sim () Não
- f) 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
- g) Referencia os pacientes para os serviços com procedimentos de necessidade de uso de alta tecnologia quando necessário? () Sim () Não
- h) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

M) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEUROLOGIA ADULTO () Sim () Não

M.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico neurologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui fisioterapeuta, psicólogo e fonoaudiólogo com carga horária mínima de 20 horas semanais?
- c) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
- d) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico neurologista? () Sim () Não
- e) 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

- f) Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em neurologia quando necessário? () Sim () Não
- i) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

N) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEUROLOGIA INFANTIL () Sim () Não

N.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico neurologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- c) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
- d) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico neurologista? () Sim () Não
- e) 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
- f) 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
- g) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

O) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CARDIOLOGIA () Sim () Não

O.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico cardiologia, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui nutricionista? () Sim () Não
- c) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
- d) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico neurologista? () Sim () Não
- e) 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

f) Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em cardiologia quando necessário?
() Sim () Não

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

P) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA () Sim () Não

P.1 Classificação e equipe mínima

a) Possui médico oftalmologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não

b) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não

c) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico neurologista? () Sim () Não

d) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?

- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não

- 02.11.06.028-3 -Tomografia de coerência óptica () Sim () Não

- Ecografia ocular () Sim () Não

- Paquimetria () Sim () Não

- 02.11.06.005-4 - ceratometria () Sim () Não

- -Curva diária de pressão ocular () 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

- Angiografia () Sim () Não

- 02.11.06 - campimetria () Sim () Não

- Ecobiometria () Sim () Não

- 02.11.06.002-0 - Biomicroscopia de fundo olho () 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 - Testeortóptico () Sim () Não

- 02.11.06.026-7 - Topografia computadorizada de córnea () Sim () Não

- 02.11.06.025-9 - tonometria () Sim () Não

e) Realiza no mínimo de 100 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar?

() Sim () Não

- f) Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em oftalmologia e/ou Serviço de Oftalmologia com DMRI e RD quando necessário? () Sim () Não
- i) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

Q) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA com tratamento em RD (Retinopatia Diabética) e DMRI (Degeneração Macular Relacionada à Idade) () Sim () Não

Q.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico oftalmologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
- c) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico neurologista? () Sim () Não
- d) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.11.06.028-3 -Tomografia de coerência óptica () Sim () Não
 - -Ecografia ocular () Sim () Não
 - -Paquimetria () Sim () Não
 - 02.11.06.005-4 - ceratometria () Sim () Não
 - Curva diária de pressão ocular () 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
 - Angiografia () Sim () Não
 - 02.11.06 - campimetria () Sim () Não
 - Ecobiometria () Sim () Não
 - 02.11.06.002-0 - Biomicroscopia de fundo olho () 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 - Testeortóptico () Sim () Não
 - 02.11.06.026-7 - Topografia computadorizada de córnea () Sim () Não
 - 02.11.06.025-9 - tonometria () Sim () Não

- e) Realiza no mínimo de 100 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar?
() Sim () Não
- f) Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em oftalmologia quando necessário? () Sim () Não
- g) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

R) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OTORRINOLARINGOLOGIA () Sim () Não

R.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico otorrinolaringologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui fonoaudiólogo com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- c) Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico otorrinolaringologista e 30 consultas por mês com médico anestesista? () Sim () Não
- d) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.04 - RX () 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 - Logaudiometria () 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 otoacusticas evocadas p/ triagem auditiva (teste da orelhinha) () Sim () Não
- e) Realiza no mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar?
() Sim () Não
- f) Referencia os pacientes para os serviços de alta complexidade em oncologia ou de reabilitação auditiva quando necessário? () Sim () Não
- g) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

S) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PNEUMOLOGIA () Sim () Não

S.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico pneumologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- c) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
- d) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico pneumologista? () Sim () Não
- e) 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 - RX () 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
- f) Referencia os pacientes para os serviços de Cirurgia Torácica Serviço de Alta Complexidade em Oncologia quando necessário? () Sim () Não
- g) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

T) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA TORÁCICA () Sim () Não

T.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico cirurgião torácico, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui fisioterapeuta? () Sim () Não
- c) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
- d) Realiza uma média de 120 consultas por mês com médico cirurgião torácico e 30 consultas por mês com médico anestesista? () Sim () Não
- e) 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 - RX () 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
- f) Realiza no mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar?
() Sim () Não
- g) Referencia os pacientes para Serviço de Alta Complexidade em Oncologia, ambulatório de Pneumologia quando necessário? () Sim () Não
- h) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

U) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM COLOPROCTOLOGIA (PROCTOLOGIA)

() Sim () Não

U.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico coloproctologista, com mínimo de 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
- c) Realiza uma média de 210 consultas por mês com médico cirurgião torácico e 30 consultas por mês com médico anestesista? () Sim () Não
- d) 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
- e) Realiza no mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar?
() Sim () Não
- f) Referencia os pacientes para Serviço de Alta Complexidade em Oncologia quando necessário?
() Sim () Não
- g) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

V) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM REUMATOLOGIA () Sim () Não

V.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico reumatologista, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- c) Possui farmacêutico responsável com carga horária mínima de 40 horas semanais?
() Sim () Não

- d) Possui enfermeiro capacitado? () Sim () Não
- e) Possui terapeuta ocupacional? () Sim () Não
- f) Realiza uma média de 240 consultas por mês com médico reumatologista? () Sim () Não
- g) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.05 - Ultrassonografia () Sim () Não
 - 02.04 - RX de articulações () Sim () Não
 - 02.07 - RNM () Sim () Não
- h) Referencia os pacientes para serviço de traumato/ortopedia Serviço de Reabilitação física ou CER com modalidade de reabilitação física quando necessário? () Sim () Não
- i) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

W) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PLÁSTICA REPARADORA () Sim () Não

W.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico cirurgião plástico, com no mínimo 2 cirurgiões,, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
- c) Realiza uma média de 120 consultas por mês com médico cirurgião plástico e 30 consultas por mês com médico anestesista? () Sim () Não
- d) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.11.02.003-6 Eletrocardiograma () Sim () Não
 - 02.04 - RX () Sim () Não
 - 02.06 - Tomografia () Sim () Não
- e) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica? () Sim () Não
- f) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

X) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA VASCULAR () Sim () Não

X.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico cirurgião vascular, com no mínimo 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional, com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- b) Possui equipe de enfermagem? () Sim () Não
- c) Realiza uma média de 120 consultas por mês com médico cirurgião plástico e 30 consultas por mês com médico anestesista? () Sim () Não
- d) 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
 - -Venografias () Sim () Não
 - 04.18.01 - confecção e reintervenção em acessos para diálise () Sim () Não
- e) Realiza o mínimo de 30 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica? () Sim () Não
- f) Referencia os pacientes para Serviço de Alta complexidade Cardiovascular quando necessário? () Sim () Não
- g) Contrarreferencia os pacientes para a Atenção Primária em Saúde? () Sim () Não

Y) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA BARIÁTRICA () Sim () Não

Y.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo, com no mínimo 2 cirurgiões, com Registro de Qualificação Profissional? () Sim () Não
- b) Possui nutricionista? () Sim () Não
- c) Possui psicólogo ou psiquiatra? () Sim () Não
- d) Possui clínico geral ou endocrinologista? () Sim () Não
- e) Possui equipe complementar? () Sim () Não
- f) Realiza uma média de 120 acompanhamentos pré e pós cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional? () Sim () Não
- g) Disponibiliza os seguintes exames e procedimentos?
- 02.02 - Exames laboratoriais () Sim () Não
 - 02.04.03 - RX 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
 - 03.03.07.013-7-Tratamento de Intercorrência Clínica pós-cirurgia bariátrica () Sim () Não
 - 04.07.01.037-8-Tratamento de Intercorrência Cirúrgica Pós-Cirurgia Bariátrica () Sim () Não
- h) Realiza o mínimo de 20 cirurgias mensais com procedimento anestésico, equipe auxiliar, avaliação clínica pré cirúrgica e avaliação pré-anestésica? () Sim () Não
- i) Contrarreferencia os pacientes para a atenção primária ou Ambulatório de doenças crônicas e idosos? () Sim () Não

Z) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR () Sim () Não

Z.1 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico endocrinologista, com Registro de Qualificação Profissional? () Sim () Não
- b) Possui médico psiquiatra com Registro de Qualificação com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- c) Possui médico clínico geral com carga horária mínima de 20 horas semanais? () Sim () Não
- d) Possui psicólogo, assistente social e enfermeiro com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
- e) Possui equipe complementar? () Sim () Não
- f) Possui médico urologista, médico ginecologista e fonoaudiólogo? () Sim () Não
- g) Realiza uma média de 240 consultas médicas por mês? () Sim () Não
- h) 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
- i) Referencia os pacientes para Serviço Especializado no Processo Transexualizador habilitação 30.01 ou 30.03? () Sim () Não
- j) Contrarreferencia os pacientes para a atenção primária? () Sim () Não

AA) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE PÓS COVID () Sim () Não

AA.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

- a) 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

- b) integra a Linha do Cuidado Pós COVID-19, como componente da atenção especializada ambulatorial? () Sim () Não
- c) melhora a qualidade de vida de pacientes pós COVID-19, mediante atendimento multiprofissional, de forma interdisciplinar? () Sim () Não
- d) está integrado aos demais pontos de atenção à saúde do seu território? () Sim () Não
- e) desenvolve o compartilhamento do cuidado dos usuários com a Atenção Primária em Saúde (APS), de acordo com o plano de cuidados integrado? () Sim () Não
- f) 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
- g) recebe usuários estratificados pela APS por meio das diretrizes clínicas e protocolos de acesso estabelecidos pelo Estado? () Sim () Não

AA.2 Classificação e equipe mínima

- a) Possui médico especialista em clínica médica, com titulação reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina com carga horária mínima de 40 horas semanais ? () Sim () Não
- b) 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
- c) Possui enfermeiro com carga horária mínima de 40 horas semanais ? () Sim () Não
- d) Possui assistente social e farmacêutico com carga horária mínima de 20 horas semanais cada? () Sim () Não
- e) Possui fisioterapeuta com carga horária mínima de 120 horas semanais? () Sim () Não
- f) Possui fonoaudiólogo com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
- g) Possui nutricionista e psicólogo com carga horária mínima de 40 horas semanais cada? () Sim () Não
- h) Possui terapeuta ocupacional com carga horária mínima de 30 horas semanais? () Sim () Não
- i) Realiza uma média de 430 consultas médicas por mês? () Sim () Não
- j) 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

k) Referencia os pacientes para Serviço de pneumologia, serviço de reabilitação, serviço de alta complexidade cardiovascular, serviço de alta complexidade em neurologia? () Sim () Não

l) Contrarreferencia os pacientes para a atenção primária? () Sim () Não

11. É um HOSPITAL DE PEQUENO PORTE (sem nenhum Tipo de Serviço incentivado)?
() Sim () Não

11.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

a) realiza internação de pacientes clínicos e/ou cirúrgicos? () Sim () Não

b) realizar atendimentos ambulatoriais? () Sim () Não

c) está habilitado pelo Ministério da Saúde como hospital de pequeno porte ou possui até 30 leitos no CNES? () Sim () Não

d) não estar habilitado no ASSISTIR para outro tipo de serviço? () Sim () Não

e) 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

SUPLEMENTAR DIFERENCIAL

A. Possui AMBULATÓRIO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA? () Sim () Não

A.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

a) atende pacientes com deficiência referenciados pela regulação estadual ou municipal?
() Sim () Não

B. Possui ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CASOS AGUDOS EM HEMATOLOGIA?
() Sim () Não

B.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

a) 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

b) 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

C. Possui FORMAÇÃO RAPS ESCOLA? () Sim () Não

C.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

a) possui implantada e implementadas estratégias de Educação Permanente e de educação continuada em saúde mental coletiva e em psiquiatria? () Sim () Não

b) 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

c) possui Programa de Residência Médica em Psiquiatria e/ou de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva? () Sim () Não

D. É HOSPITAL PÚBLICO () Sim () Não

D.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

a) com até 99 leitos? () Sim () Não

b) com mais de 100 leitos? () Sim () Não

c) possui algum outro Tipo de Serviço incentivado? () Sim () Não

E. Possui INTERNAÇÃO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SAÚDE MENTAL () Sim () Não

E.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

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

b) 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

F. Possui de LEITOS DE SAÚDE MENTAL () Sim () Não

F.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

a) é hospital geral com leitos de saúde mental? () Sim () Não

G. PRONTO SOCORRO () Sim () Não

G.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

a) é hospital de pronto socorro? () Sim () Não

H. TRANSPLANTES () Sim () Não

H.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais

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

H.2) REQUISITOS GERAIS DAS OPO'S:

a) 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

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

c) Envia os relatórios de atividades da OPO (Anexo I da alínea H do capítulo III do Anexo I da presente

Portaria). () Sim () Não

d) 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:

a) 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

b) Acompanhar o processo de definição da morte encefálica e auxiliar no fluxo técnico da UTI para manutenção da viabilidade do doador. () Sim () Não

c) Integrar equipes de retiradas de órgãos do estado, sendo demandadas, quando necessário, pela CNCDO/RS. () Sim () Não

d) Assessoramento e acompanhamento técnico para as demais UTIs da macro-região de abrangência, sob solicitação da Central de Transplantes. () Sim () Não

H.3 REQUISITOS ESPECÍFICOS DAS OPO'S – CAPTADORAS DE ÓRGÃOS E CIRÚRGICAS (SD Nºs 10 E 11 DA TABELA DO CAPÍTULO II DO ANEXO I):

a) 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

b) Realiza coletas de materiais para biópsias; () Sim () Não

c) Realiza procedimentos de canulação, automação e supervisão da perfusão ex-vivo de órgãos abdominais; () Sim () Não

d) 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

Conclusão por Tipo de Serviço: _____ (informar TS)

() Atende a todos os requisitos () Atende Parcialmente () Não Atende

Justificativa e observações:

Nome e assinatura dos membros da CAC: