

Anexo II – PORTARIA SES N° 415/2026

Anexo 2 da Portaria SES nº 537/2021

Anexo 2: Relatório-padrão de controle pelas CAC

Tabela 69

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
a) AGAR? () Tipo I () Tipo II
a.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos
Atende os critérios estabelecidos neste item? () Atende () Parcialmente () Não atende Considerações: ----- -----
a.3 Classificação e equipe mínima
AGAR I
i. Possui equipe mínima conforme os critérios estabelecidos na tabela 3? () Sim () Parcialmente () Não Considerações: ----- -----
ii. Realiza o mínimo de consultas médicas estipuladas na tabela 3? () Sim () Parcialmente () Não Considerações: ----- -----
iii. Realiza o mínimo de consultas multiprofissionais estipuladas na tabela 3? () Sim () Parcialmente () Não Considerações: ----- -----
iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 3? () Sim () Parcialmente () Não Considerações: ----- -----
AGAR II
i. Possui equipe mínima conforme os critérios estabelecidos na tabela 3? () Sim () Parcialmente () Não Considerações: ----- -----
ii. Realiza o mínimo de consultas médicas estipuladas na tabela 3? () Sim () Parcialmente () Não Considerações: ----- -----
iii. Realiza o mínimo de consultas multiprofissionais estipuladas na tabela 3? () Sim () Parcialmente () Não Considerações: ----- -----
iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 3? () Sim () Parcialmente () Não Considerações: ----- -----
b. Possui AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS E/OU AMBULATÓRIO DE

ESPECIALIDADES PRIORITÁRIAS? () Sim () Não

b.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

- i. Disponibiliza mensalmente, a agenda para as primeiras consultas, à regulação estadual e/ou municipal, no prazo estabelecido pelas equipes reguladoras? () Sim () Não
- ii. Mantém a lista de espera para cirurgia atualizada no sistema GERINT? () Sim () Não
- iii. Preenche a Declaração de Impossibilidade Técnica de Atendimento (DITA) quando houver impossibilidade de acolher o encaminhamento? () Sim () Não
- iv. Qual o número total de DITAs emitidas pelo prestador no período avaliado? _____
- v. Na eventualidade de não prestação do serviço incentivado, o prestador apresentou plano para recuperar os atendimentos/serviços não prestados? () Sim () Não. Se sim, anexar o plano de recuperação aprovado pela CAC.

Considerações:

I) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM DERMATOLOGIA

I.1 Classificação e equipe mínima

- i. possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

- ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

- iii. Realiza o mínimo de 150 cirurgias/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

- iv. Realiza os exames diagnósticos, ofertando linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

- v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

II) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE PRIORITÁRIO EM TRAUMATO/ORTOPEDIA

II.1 Classificação e equipe mínima

- i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

- ii. Realiza o mínimo de 8 consultas/mês, por cirurgia prevista para cálculo do incentivo?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

- iii. Realiza o mínimo de cirurgias/mês com base na produção 2023 (ou no mínimo 30 cirurgias/mês), utilizada para cálculo do incentivo, e % estabelecido nas formas de organização previstas nesse TS?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

- iv. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

- v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

III) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA GERAL

III.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 120 consultas/mês, quando for ambulatório padrão?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

iii. Realiza o mínimo de 30 cirurgias/mês, quando for ambulatório padrão, incluindo os procedimentos complementares?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

iv. Realiza o mínimo de 4 consultas/mês, por cirurgia prevista no cálculo do incentivo, quando o ambulatório for prioritário?

Considerações:

v. Realiza o mínimo de cirurgias/mês, conforme produção de 2023 utilizada para cálculo do incentivo, quando for ambulatório prioritário, incluindo os procedimentos complementares?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

vi. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

vii. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

IV) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE PRIORITÁRIA EM UROLOGIA

IV.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 7 consultas/mês, por cirurgia prevista para cálculo do incentivo?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

iii. Realiza o mínimo de cirurgias/mês com base na produção de 2023 (ou mínimo de 30 cirurgias mês), utilizada para cálculo do incentivo?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

iv. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

V) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM UROLOGIA LITOTRIPSIA

V.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 120 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza o mínimo de 30 procedimentos/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

v. Realiza contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

VI) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

VI.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 120 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza o mínimo de 30 cirurgias/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

v. Realiza contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

VII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ODONTOLOGIA HOSPITALAR PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

VII.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 90 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza o mínimo de 30 cirurgias/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

v. Realiza contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

VIII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM ENDOCRINOLOGIA

VIII.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

IX) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GASTROENTEROLOGIA

IX.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

X) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GENÉTICA

X.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

XI) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM GINECOLOGIA

XI.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza o mínimo de 30 cirurgias/mês, incluindo os procedimentos complementares?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

XII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEUROLOGIA

XII.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês, disponibilizando no mínimo 20% das consultas para pacientes pediátricos?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

XIII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CARDIOLOGIA

XIII.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

XIV) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA

XIV.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês, quando o ambulatório for padrão?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza o mínimo de 100 cirurgias/mês, quando o ambulatório for padrão?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza a média de 2,4 consultas/mês, por cirurgia prevista no cálculo do incentivo, quando o ambulatório for prioritário?

Considerações:

v. Realiza o mínimo de cirurgias/mês, conforme produção de 2023 utilizada para cálculo do incentivo, quando for ambulatório prioritário, incluindo os procedimentos complementares?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

vi. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

vii. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

XV) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OFTALMOLOGIA PARA TRATAMENTO DE RETINOPATIA DIABÉTICA (RD) E DEGENERAÇÃO MACULAR RELACIONADA À IDADE (DMRI)

XV.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza o mínimo de 100 tratamentos binoculares/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

XVI) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM OTORRINOLARINGOLOGIA

XVI.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 210 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza o mínimo de 30 cirurgias/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

XVII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PNEUMOLOGIA

XVII.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

XVIII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA TORÁCICA

XVIII.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 120 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza o mínimo de 10 cirurgias/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

XIX) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM COLOPROCTOLOGIA (PROCTOLOGIA)

XIX.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 210 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza o mínimo de 30 cirurgias/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

XX) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM REUMATOLOGIA

XX.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 240 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

XXI) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM PLÁSTICA REPARADORA

XXI.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 28- A Pós Bariátrica?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 100 consultas/mês para especialidade de cirurgia bariátrica?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza o mínimo de 15 cirurgias bariátricas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 28-A Pós Bariátrica?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

v. Realiza contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 28-A?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

vi. Possui equipe multiprofissional, conforme estabelecido na tabela 28- B Queimados?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

vii. Realiza o mínimo de 100 consultas/mês para pacientes com queimaduras?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

viii. Realiza o mínimo de 10 cirurgias/mês em pacientes com queimaduras?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ix. Realiza os exames diagnósticos estipulados na tabela 28-B Queimados?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

x. Realiza contrarreferência dos pacientes, conforme estabelecido na tabela 28-B?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

XXII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA VASCULAR

XXII.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 120 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza o mínimo de 30 cirurgias/mês, incluindo os procedimentos complementares?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

XXIII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIA BARIÁTRICA

XXIII.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 15 consultas/mês e 120 acompanhamentos pós cirúrgico?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza o mínimo de 15 cirurgias/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

v. Realiza contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

XXIV) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

XXIV.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 200 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

x. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

XXV) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM NEFROLOGIA

XXV.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

ii. Realiza o mínimo de 100 consultas/mês?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

iii. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

iv. Realiza contrarreferência dos pacientes?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

XXVI) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM CIRURGIAS DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

XXVI.1 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

ii. Realiza 20 consultas/mês?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

iii. Realiza o mínimo de 08 cirurgias/mês?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

iv. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

XXVII) AMBULATÓRIO DE SAÚDE INDÍGENA

XXVII.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

Atende aos critérios estabelecidos neste item?

Atende Parcialmente Não atende

Considerações:

XXVII.2 Requisitos à solicitação de habilitação

Atende aos requisitos estabelecidos neste item?

Atende Parcialmente Não atende

Considerações:

XXVIII) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE EM DOR CRÔNICA

i. Possui equipe multiprofissional completa?

Sim Parcialmente Não

Considerações:

ii. Realiza 240 consultas/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iii. Realiza o mínimo de 15 cirurgias/mês?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

iv. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

v. Realiza referência e contrarreferência dos pacientes?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

c. AMBULATÓRIO DE EGRESSO DE UTI NEONATAL

c.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

Atende aos critérios estabelecidos neste item?

() Atende () Parcialmente () Não atende

Considerações:

c.2 Classificação e equipe mínima

i. Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

ii. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

d. HOSPITAL DE PEQUENO PORTE

d.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

Atende aos critérios estabelecidos neste item?

() Atende () Parcialmente () Não atende

Considerações:

d.2 Requisitos específicos à solicitação da habilitação

Atende ao critério estabelecido neste item?

() Atende () Parcialmente () Não atende

Considerações:

e. LEITOS DE SAÚDE MENTAL

e.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

Atende aos critérios estabelecidos neste item?

() Atende () Parcialmente () Não atende

Considerações:

e.2 Classificação e equipe mínima

Possui equipe multiprofissional completa?

() Sim () Parcialmente () Não

<p>Considerações:</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>f. LEITOS DE SAÚDE PRISIONAL</p> <p>f.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende aos critérios estabelecidos neste item? () Atende () Parcialmente () Não atende Considerações:</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>g. LEITOS DE UTI/UCI</p> <p>g.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende aos critérios estabelecidos neste item? () Atende () Parcialmente () Não atende Considerações:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>g.2 Classificação e equipe mínima Atende aos critérios estabelecidos neste item? () Atende () Parcialmente () Não atende Considerações:</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>h. MATERNIDADE DE ALTO RISCO</p> <p>h.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende aos critérios estabelecidos neste item? () Atende () Parcialmente () Não atende Considerações:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>h.2 Classificação e equipe mínima i. Possui equipe de profissionais completa? () Sim () Parcialmente () Não Considerações:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>ii. Realiza os exames diagnósticos, contemplando a linha de cuidado integral? () Sim () Parcialmente () Não Considerações:</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>i. MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL</p> <p>i.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende aos critérios estabelecidos neste item? () Atende () Parcialmente () Não atende Considerações:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>i.2 Classificação e equipe mínima Possui equipe de profissionais completa? () Sim () Parcialmente () Não Considerações:</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>j. EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS NAS UNIDADES ONCOLÓGICAS</p> <p>j.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende aos critérios estabelecidos neste item? () Atende () Parcialmente () Não atende Considerações:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>j.2 Classificação e equipe mínima i. Possui equipe técnica, estrutura física, equipamentos, diagnóstico e tratamentos de acordo com a Portaria SAES/ MS</p>

Nº 1.399/2019?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

k. PORTA DE ENTRADA

k.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

Atende aos critérios estabelecidos neste item?

() Atende () Parcialmente () Não atende

Considerações:

k.2 Classificação e equipe mínima

Possui equipe mínima para o porte habilitado?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

l) PLANTÃO PRESENCIAL

l.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

Atende aos critérios estabelecidos neste item?

() Atende () Parcialmente () Não atende

Considerações:

l.2 Requisitos à solicitação de habilitação

Atende aos requisitos estabelecidos neste item?

() Atende () Parcialmente () Não atende

Considerações:

m. CENTRO DE REFERÊNCIA AO ATENDIMENTO INFANTO JUVENIL (CRAI)

m.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos

Atende aos critérios estabelecidos neste item?

() Atende () Parcialmente () Não atende

Considerações:

m.2 Classificação e equipe mínima

Possui equipe mínima?

() Sim () Parcialmente () Não

Considerações:

n. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

n.1 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS (CIHDOIT)

n.1.1 Diretrizes e Critérios Técnicos Operacionais Específicos

Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item?

() Atende () Parcialmente () Não atende

Considerações:

n.1.2 Parâmetros Assistenciais

Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item?

() Atende () Parcialmente () Não atende

Considerações:

n.2 ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃO (OPO)

n.2.1 Diretrizes e Critérios Técnicos Operacionais Específicos

Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item?

() Atende () Parcialmente () Não atende

Considerações:

<p>-----</p> <p>-----</p> <p>n.2.2 Parâmetros Assistenciais Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item? <input type="checkbox"/> Atende <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atende Considerações: ----- -----</p>
<p>o. LEITOS DE UTI QUEIMADOS</p>
<p>o.1 Critérios para habilitação ao recebimento do recurso Atende aos critérios estabelecidos neste item? <input type="checkbox"/> Atende <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atende Considerações: ----- -----</p>
<p>o.2 Parâmetros e Legislação Atende ao mínimo exigido nas legislações previstas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não Considerações: ----- -----</p>
<p>p. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES ESTRATÉGICO O monitoramento deste Tipo de Serviço se dará através de indicadores e regras que serão detalhados em Nota Técnica Específica.</p>
<p>q. LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOS</p>
<p>q.1 Requisitos à Solicitação de Habilitação Atende aos critérios estabelecidos neste item? <input type="checkbox"/> Atende <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atende Considerações: ----- -----</p>
<p>p.2 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item? <input type="checkbox"/> Atende <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atende Considerações: ----- -----</p>
<p>r. ANALGESIA OBSTÉTRICA PARA PARTO NORMAL (Procedimento 04.17.01.002-8)</p>
<p>r.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item? <input type="checkbox"/> Atende <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atende Considerações: ----- -----</p>
<p>r.2 Parâmetros Assistenciais Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item? <input type="checkbox"/> Atende <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atende Considerações: ----- -----</p>
<p>r.3 Equipe Mínima da Maternidade Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item? <input type="checkbox"/> Atende <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atende Considerações: ----- -----</p>
<p>s. ATENÇÃO À INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ NOS CASOS PREVISTOS EM LEI</p>
<p>s.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item? <input type="checkbox"/> Atende <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atende Considerações: ----- -----</p>

<p>-----</p> <p>s.2 Parâmetros Assistenciais Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item? <input type="checkbox"/> Atende <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atende Considerações: -----</p>
<p>s.3 Equipe Mínima da Maternidade Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item? <input type="checkbox"/> Atende <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atende Considerações: -----</p>
<p>s.4 Requisitos para solicitação da habilitação para o recebimento do recurso Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item? <input type="checkbox"/> Atende <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atende Considerações: -----</p>
<p>s.5 Critérios de seleção para solicitação do incentivo Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item? <input type="checkbox"/> Atende <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atende Considerações: -----</p>
<p>SUPLEMENTAR DIFERENCIAL</p>
<p>a. AMBULATÓRIO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA</p>
<p>a.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende pacientes com deficiência referenciados pela regulação estadual ou municipal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>b. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CASOS AGUDOS EM HEMATOLOGIA</p>
<p>b.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item? <input type="checkbox"/> Atende <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atende Considerações: -----</p>
<p>c. FORMAÇÃO RAPS ESCOLA</p>
<p>c.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende aos critérios e atribuições estabelecidos nesse item? <input type="checkbox"/> Atende <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atende Considerações: -----</p>
<p>d. HOSPITAL PÚBLICO</p>
<p>d.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos i. com até 99 leitos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ii. com mais de 100 leitos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>e. INTERNAÇÃO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE EM SAÚDE MENTAL</p>
<p>e.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende aos critérios estabelecidos neste item? <input type="checkbox"/> Atende <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atende Considerações: -----</p>
<p>f. LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL</p>
<p>f.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos Atende aos critérios estabelecidos neste item? <input type="checkbox"/> Atende <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atende</p>

<p>Considerações:</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>g. MATERNIDADE COMPLETA</p>
<p>g.1 Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos</p> <p>Atende aos critérios estabelecidos na tabela 50?</p> <p>() Atende () Parcialmente () Não atende</p> <p>Considerações:</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>h. PRONTO SOCORRO</p>
<p>h.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos</p> <p>i. É hospital de pronto socorro?</p> <p>() Sim () Não</p> <p>Considerações:</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>i. ATENDIMENTO ESPECIALIZADO À PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE</p>
<p>i.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos</p> <p>Atende aos critérios estabelecidos neste item?</p> <p>() Atende () Parcialmente () Não atende</p> <p>Considerações:</p>
<p>j. ATENDIMENTO ESPECIALIZADO A GRANDES QUEIMADOS</p>
<p>j.1) Diretrizes e Critérios Técnicos e Operacionais Específicos</p> <p>Atende aos critérios estabelecidos neste item?</p> <p>() Atende () Parcialmente () Não atende</p> <p>Considerações:</p>
<p>Justificativa e observações gerais:</p>