|  |  |
| --- | --- |
| **FICHA TÉCNICA DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE** | |
| MUNICÍPIO**:**  NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: | POPULAÇÃO LOCAL: |
| **CNPJ:**  **CNES:** |
| HOSPITAL DE REFERÊNCIA ESTADUAL: | MUNICÍPIOS ATENDIDOS: |
| **CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO** | |
| 1. **Classificação do Estabelecimento de Saúde:**   ( ) UBS ( )HPP ( ) MÉDIA COMPLEXIDADE ( ) MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE | |
| 1. **Natureza da Unidade Gestora:** ( ) ESTADUAL ( )MUNICIPALIZADO | |
| 1. **Rede de Serviços de Saúde existente no município: (especificar)**    1. HOSPITAIS:    2. CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO DE IMAGEM:    3. LABORATÓRIO BIOQUÍMICO:    4. CENTRO DE REABILITAÇÃO:    5. OUTROS SERVIÇOS: | |
| 1. **Assistência prestada pelo Hospital:**   ( ) ATENÇÃO PRIMÁRIA ( ) AMBULATORIAL ( ) HOSPITALAR ( ) URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | |
| 1. **Distribuição dos Leitos:**   **TOTAL DE LEITOS: \_\_ leitos**  ( ) Clínica Médica ( ) Obstetrícia ( )Pediatria ( )Observação Clínica  ( ) Cirurgia Geral ( ) Ginecologia ( )Urgência e Emergência ( )Outros: I\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATENDIMENTO AMBULATORIAL** | | |
| **Especialidades** | **SIM** | **NÃO** |
| Clínica Médica |  |  |
| Clínica Cirúrgica |  |  |
| Gineco-obstetrícia |  |  |
| Pediatria |  |  |
| Odontologia |  |  |
| Fisioterapia |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **APOIO DIAGNÓSTICO** | | | |
| **Tipos de Exames** | **SIM** | **NÃO** | **MÉDIA/ MÊS** |
| Raio-X |  |  |  |
| Ultrassonografia |  |  |  |
| Endoscopia |  |  |  |
| Eletrocardiograma |  |  |  |
| Laboratório Bioquímico |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROCEDIMENTOS REALIZADOS** | | | |
| **Especificação** | **SIM** | **NÃO** | **MÉDIA/ MÊS** |
| Cirurgia Geral c/ raque anestesia |  |  |  |
| Partos Cesarianas |  |  |  |
| Parto Normal |  |  |  |

|  |
| --- |
| **RECURSOS FINANCEIROS E HUMANOS** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RECEITA HOSPITALAR** | | |
| **ESPECIFICAÇÃO** | | **VALOR (R$)** |
| RECURSO FINANCEIRO | TETO HPP |  |
| SIA |  |
| AIH |  |
| INCENTIVO TESOURO |  |
| **TOTAL** | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RECURSOS HUMANOS** | | |  |
| **ESPECIFICAÇÃO** | | **QUANT.** | **VALOR (R$)** |
| RECURSOS HUMANOS | MÉDICOS |  |  |
| NIVEL SUPERIOR (DEMAIS CATEGORIAS) |  |  |
| NÍVEL MÉDIO |  |  |
| OPERACIONAIS |  |  |
| **TOTAL** | |  |  |

|  |
| --- |
| **INFRAESTRUTURA** |
| 1. **Condições da edificação:**   ( )Ruim ( )Regular ( )Boa  **Os itens abaixo somente se estiver em obra:**   1. **Situação atual da obra:**   ( )Em ampliação ( )Em recuperação parcial ( )Em recuperação total do prédio ( )Reforma   1. **Situação atual do processo:**   ( )Em projeto/orçamento ( )Em Licitação ( )Serviço iniciado ( )Serviço em andamento ( )Finalizado   1. **Recurso Financeiro:** 2. Valor do Recurso: 3. Fonte do Recurso: |
| **EQUIPAMENTOS** |
| 1. **Condições de conservação dos equipamentos e mobiliários:**   ( )Ruim ( )Regular ( )Boa   1. **Recebeu doação de equipamentos no último ano:**   ( )SIM ( )NÃO  QUAIS:   1. **Possui ambulância:**   ( )SIM ( )NÃO   1. Quantidade ( ) 2. Modelo/Ano: 3. Condições de uso: |