|  |  |
| --- | --- |
| **FICHA TÉCNICA DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE** | |
| MUNICÍPIO**: ALTO LONGÁ**  NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:  HOSPITAL JOSÉ VIEIRA GOMES | POPULAÇÃO LOCAL: 13.080 hab |
| **CNPJ:** 06.554.323/0001-03  **CNES: 2766663** |
| REFERÊNCIA ESTADUAL: Hospitais de Referência de Teresina | MUNICÍPIOS ATENDIDOS: Altos, Beneditinos e Coivaras |
| **CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO** | |
| 1. **Classificação do Estabelecimento de Saúde:**   ( ) UBS (X )HPP ( ) MÉDIA COMPLEXIDADE ( ) MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE | |
| 1. **Natureza da Unidade Gestora:** ( ) ESTADUAL (X)MUNICIPALIZADO | |
| 1. **Rede de Serviços de Saúde existente no município: (especificar)**    1. HOSPITAIS: HOSPITAL JOSÉ VIEIRA GOMES    2. LABORATÓRIO BIOQUÍMICO: somente o laboratório do hospital    3. CENTRO DE REABILITAÇÃO: não possui no município    4. OUTROS SERVIÇOS: 6 Unidades de Saúde da Família | |
| 1. **Assistência prestada pelo Hospital:**   (X) ATENÇÃO PRIMÁRIA ( X) AMBULATORIAL ( X ) HOSPITALAR ( X ) URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | |
| 1. **Distribuição dos Leitos:**   **TOTAL DE LEITOS: 32 leitos**  (14) Clínica Médica (03) Obstetrícia (07)Pediatria ( - ) Observação Clínica  ( 08) Cirurgia Geral ( - ) Ginecologia ( - ) Urgência e Emergência ( - ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RECEITA HOSPITALAR** | | |
| **ESPECIFICAÇÃO** | | **VALOR (R$)** |
| RECURSO FINANCEIRO | TETO HPP | 15.749,46 |
| SIA | - |
| AUM. TAB | 4.000,00 |
| INCENTIVO TESOURO | 25.636,91 |
| **TOTAL** | | 45.386,37 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RECURSOS HUMANOS (FUNCIONÁRIOS DO ESTADO)** | | |  |
| **ESPECIFICAÇÃO** | | **QUANT.** | **VALOR (R$)** |
| RECURSOS HUMANOS | MÉDICOS | - | - |
| NIVEL SUPERIOR (DEMAIS CATEGORIAS) | - | - |
| NÍVEL MÉDIO | 4 | 2.498,08 |
| OPERACIONAIS | 3 | 2.904,26 |
| **TOTAL** | | 7 | 5.402,34 |

|  |
| --- |
| **INFRAESTRUTURA** |
| 1. **Condições da edificação:**   ( )Ruim ( x )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:**   ( x )Em projeto/orçamento ( )Em Licitação ( )Serviço iniciado ( )Serviço em andamento ( )Finalizado   1. **Recurso Financeiro:** 2. Valor do Recurso: Aguardando orçamento NIS 3. Fonte do Recurso: |
| **EQUIPAMENTOS** |
| 1. **Condições de conservação dos equipamentos e mobiliários:**   ( )Ruim ( )Regular (x )Boa   1. **Recebeu doação de equipamentos no último ano:**   ( )SIM (X)NÃO  QUAIS:   1. **Possui ambulância:**   ( x )SIM ( )NÃO   1. Quantidade (1) 2. Modelo/Ano: FIAT DUCATO/2006 3. Condições de uso: boas condições |