



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE



PROPOSTA DE DOCUMENTO DESCRITIVO ASSISTENCIAL

PORTARIA Nº 3.410 DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013

Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)

Este documento está sujeito à vistorias e confirmação do cumprimento das habilitações pelas áreas técnicas

Porto Alegre, 16 de fevereiro de 2024

DOCUMENTO DESCRITIVO – POA

TERMO INTEGRANTE DO CONTRATO, QUE CONTÉM AS CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SERVIÇOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO CONTRATADO, OS COMPROMISSOS ASSISTENCIAIS COM OS RESPECTIVOS QUANTITATIVOS, AS METAS DE QUALIDADE COM INDICADORES DE GESTÃO, ASSISTENCIAL, ENSINO E PESQUISA/ EDUCAÇÃO PERMANENTE E INDICADORES ESPECÍFICOS DAS REDES PRIORITÁRIAS, QUE SÃO OBJETOS DE PACTUAÇÃO DESTE INSTRUMENTO CONTRATUAL.

1 IDENTIFICAÇÃO

Razão Social:

CNPJ:

CNES:

Endereço: RUA CATARINO ANDREATTA, 155

Cidade:

UF:

CEP:

DDD/Telefone:

PORTO ALEGRE

RS

Conta Corrente:

Banco:

Agência:

Praça de Pagamento:

Caixa Econômica Federal

Responsável Legal:

CPF:

Diretor técnico:

CREMERS:

Diretor administrativo:

CPF:

Endereço:

CEP:

2 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Geral		<input type="checkbox"/> Especializado	
Natureza	<input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Filantrópico		<input type="checkbox"/> Privado	
Número de Leitos (sem UTI)	Geral		SUS	
Serviço de Urgência e Emergência	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
Demanda	<input type="checkbox"/> Espontânea		<input type="checkbox"/> Referenciada	
Serviço de Maternidade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não:	Se sim, habilitado em GAR: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Habilitação em Alta Complexidade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	TERAPIA NUTRICIONAL, SERVIÇO HOSPITALAR P/ TRAT. AIDS	Total:
Número de Leitos UCI Neonatal	Leitos			
Número de Leitos de UTI Tipo I SUS	___ Adulto	___ Pediátrico	___ Neonatal	___ UCO
Número de Leitos de UTI Tipo II SUS	___ Adulto	___ Pediátrico	___ Neonatal	___ UCO
Número de Leitos de UTI Tipo III	___ Adulto	___ Pediátrico	___ Neonatal	___ UCO
Inserção nas Redes Temáticas de Saúde	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual(is): Rede Urgência, Leitos de retaguarda	
Comissão de Infecção hospitalar:				
Comissão de Ética:				
Comissão de Prontuários Médicos				

OPERAÇÃO INVERNO - JUNHO

LEITO DE UTI (TIPO II) ADULTO	LEITO DE UTI (TIPO II) PEDIÁTRICO	PRODUÇÃO TETO MAC VALOR MENSAL

Observação: Os valores serão repassados de acordo com a produção e ocupação dos leitos

A SETEMBRO/2024

INCENTIVO MUNICIPAL MENSAL	TOTAL MENSAL	TOTAL OPERAÇÃO JUNHO A SETEMBRO
	R\$ -	
	R\$ -	
R\$ -	R\$ -	R\$ -