

MANUAL DE USO DO SISTEMA

SAIPS - SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO
DE POLÍTICAS EM SAÚDE

CADASTRO DE PROPOSTAS

REDE ALYNE

2024

Visão Geral do Sistema

As solicitações podem referir-se a:

- a. Incentivo** – recurso da categoria econômica corrente ou capital destinado à implantação de serviço ou componente de rede, transferido em parcela única do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal, Estadual ou do Distrito Federal;
- b. Custeio** – recurso da categoria econômica corrente, transferido mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal, Estadual ou do Distrito Federal;
- c. Habilitação ou Credenciamento** – formalização mediante Portaria específica de serviço de saúde executado pelo estabelecimento de saúde, equipe, ou serviço/componente de rede enquanto prestadores ou integrantes do Sistema Único de Saúde.

Informações importantes

Consulte as portarias de referência para conhecer requisitos e Conceitos:

Portaria de Consolidação GM/MS nº 03, de 28 de setembro 2017;

Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 28 de setembro 2017;

Portaria GM/MS Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024;

Portaria GM/MS Nº 5.349, DE 12 de setembro de 2024.

Componentes disponíveis para cadastro de propostas:

COMPONENTES
Habilitação em UTIN tipo II
Habilitação em UTIN tipo III
Habilitação em UCINCO
Habilitação em UCINCA
Habilitação CPNp com 5 (cinco) quartos PPP
Habilitação CPNi Tipo I com 5 (cinco) quartos PPP
Habilitação CPNi Tipo II com 5 (cinco) quartos PPP
Habilitação CGBP com 10 (dez) camas (dois ou três quartos)
Habilitação CGBP com 15 (quinze) camas (três ou quatro quartos)
Habilitação CGBP com 20 (vinte) camas (quatro ou cinco quartos)
Habilitação Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco – (AGPAR)
Habilitação em Serviços Hospitalares de Referência a Gestação e Puerpério de Alto Risco – (HGPARG)
Habilitação em Ambulatório de Seguimento - (A-SEG)

As dúvidas e deverão ser enviadas ao e-mail para dahu@saude.gov.br

ATENÇÃO!

A partir da publicação das Portarias nº 5.350 e nº 5.349 de 12 de setembro de 2024, que regulamentam a Rede Alyne, seus componentes foram incorporados à rede/programa "Rede Alyne", vinculado à área técnica do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (DAHU).

O financiamento da "Rede Alyne" é orientado pela apresentação e aprovação dos Planos de Ação Regionais (PAR), pactuados em Comissão Intergestores Regional (CIR) e Bipartite (CIB), em articulação com gestores municipais e estaduais, considerando a necessidade de leitos e serviços do território dentro do Planejamento Regional Integrado (PRI). As propostas devem especificar e descrever os serviços de acordo com critérios e prazos definidos para cada componente e outras normativas correlatas, incluindo os territórios de abrangência e sua inserção na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Portanto, é essencial que as propostas para habilitação de componentes da rede temática Materna e Infantil estejam vinculadas a um PAR com pactuação em CIB.

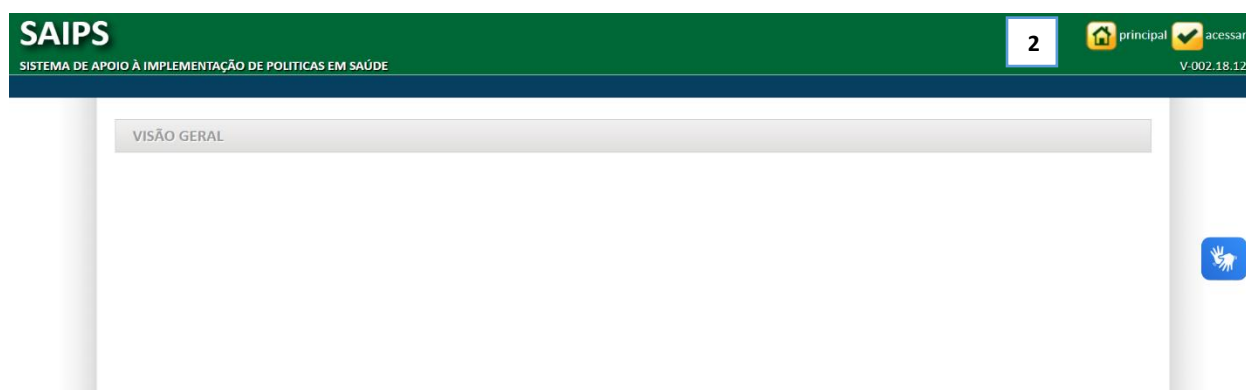
As solicitações de habilitações que não foram aprovadas antes do dia 12 de setembro 2024 precisarão ser cadastradas de acordo com a Rede Alyne.

Atividades do cadastrador

- Cadastrar proposta para a Área Técnica responsável pela Rede/Programa, previamente liberada pelo gestor.
- Responder às diligências inseridas pelo técnico do Ministério da Saúde que está analisando a proposta.

Cadastro de proposta – Visão geral

- 1 - No navegador, digite www.saude.gov.br/saips (ou acesse direto saips.saude.gov.br).
- 2 - Clique em “acessar”.



- 3 - Insira o CPF e Senha.

Acesso do Cadastrador

- Apenas é possível o acesso de gestores/técnicos que foram previamente cadastradas pelo Gestor do Fundo Municipal, Estadual ou do Distrito Federal.
- Deve ser realizado com o CPF.
- A senha é enviada para o e-mail informado pelo Gestor no momento de cadastramento da pessoa física (cadastrador).
- Caso tenha esquecido a senha, clique em “Nova Senha” e uma nova senha será reenviada para o e-mail cadastrado.

Importante: verificar com o Gestor do Fundo (FMS ou FES), o e-mail cadastrado, para assegurar que é o e-mail correto e ativo.

SAIPS
SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE

principal acessar V-002.18.12

ACESSO AO SISTEMA

AUTENTICAÇÃO

CPF/CNPJ: Senha:
Campo obrigatório. Campo obrigatório.

Acessar Nova senha

INFORMATIVO

ACESSO AO SISTEMA: É necessário que o usuário informe o seu CPF/CNPJ e senha.
ESQUECEU A SENHA: Clique no botão "Nova senha" e informe seu CPF e e-mail para receber uma nova senha de acesso ao sistema.

4 - Selecione o CNPJ (Fundo Municipal ou Estadual) em nome de quem a proposta será cadastrada.

SAIPS
SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE

principal sair

FUNDO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Selecione qual CNPJ será utilizado na sessão:

Selecione Selecionar

- 5** - Selecione proposta – logo em seguida selecione a opção “cadastro”.
- 6** - Confirme se o CNPJ é o mesmo para o qual o recurso deverá ser destinado.
- 7** - Selecione a Rede ou Programa – “Rede Alyne”.
- 8** - Informe a justificativa da solicitação.
- 9** - Em Estabelecimento de Saúde, clique em Novo Estabelecimento de Saúde.

SAIPS

SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE

PROPOSTA ▾ USUÁRIOS ▾ RELATÓRIOS ▾

5

CADASTRO DE PROPOSTA

Dados do cadastrador				
Nome	CPF	E-mail	Telefone	Cargo
ANA KELI DE AMARAL DOS SANTOS	103.341.449-22	secsaude.anakeli@yahoo.com	(46)9882-9134	Técnico na área administrativa
CNPJ		Razão social/município		
08.764.962/0001-29		FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE PEROLA D'OESTE / PEROLA D'OESTE		

Usar o CNPJ de acesso como destinatário do benefício? ☐ Sim ☐ Não **6**

Rede / Programa: **REDE ALYNE** **7**

JUSTIFICATIVA

Justificativa: **8**

Quantidade de caracteres restantes: 3000

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Novo Estabelecimento de Saúde **9**

Próxima Etapa Salvar Cancelar

10 - Selecione o Componente ou Serviço.

11 - Informar a quantidade de equipe/leito/unidade que serão habilitados.

12 - O campo valor não se aplica ao preenchimento do proponente, ficando inativado. Ele será preenchido pela própria área técnica durante a análise da proposta, ou será exibido automaticamente durante a escolha do componente ou serviço.

13 - O campo população total não se aplica ao preenchimento do proponente, ficando inativado. Ele será preenchido automaticamente.

14 - O campo população mínima não se aplica ao preenchimento do proponente, ficando inativado.

15 - O campo população máxima não se aplica ao preenchimento do proponente, ficando inativado.

Componente / Serviço:

Ambulatório de Seguimento A-SEG

RS

50.000,00

12

Quantidade
(equipe/leito/unidade):*

11

10

CADASTRO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES do estabelecimento de saúde:*

Validar

Longitude:

Latitude:

Ver o mapa

Tipo de abrangência:*

Selecione

População Total:

13

População Mínima:

14

População Máxima:

15

Salvar

Cancelar

Obs.: apenas conseguirá visualizar os componentes/serviços financiados conforme esse manual, os cadastradores para os quais o gestor do fundo municipal ou estadual liberou para acesso a área técnica “Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – DAHU”.

16 - Informe o CNES da Unidade a ser beneficiada ou de referência. Clique em validar.

17 - Insira a abrangência do serviço que pode ser Municipal ou Regional/Estadual para este programa.

18 - Os campos população total não se aplica ao preenchimento do proponente, ficando inativado. Ele será preenchido automaticamente.

19 - Os campos população total, população mínima/máxima não se aplica ao preenchimento do proponente, ficando inativado.

20 - Salve o cadastro.

Componente / Serviço: *

Ambulatório de Seguimento A-SEG

R\$

50.000,00

Quantidade

1

(equipe/leito/unidade): *

CADASTRO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES do estabelecimento de saúde: *

Validar

✓

16

Nome		CNPJ	
Razão Social		CPF	
Logradouro		Número	Telefone
Complemento	Bairro	CEP	Município
UF			
Tipo de Estabelecimento	Sub-tipo de Estabelecimento	Natureza Jurídica	Gestão
Dependência			

Longitude:

Latitude:

Ver o mapa

Tipo de abrangência: *

Selecione

17

Municipal Regional/Estadual

População Total:

18

População Mínima:

População Máxima:

19

Salvar

Cancelar

20

DADOS CNES: É muito importante que os dados do CNES estejam atualizados para que os pedidos de habilitação sejam avaliados da melhor forma possível pela área técnica do Ministério da Saúde.

21 - Anexe todos os documentos solicitados:

- Resolução CIB/CGSES-DF, aprovando a habilitação do componente pleiteado (não serão aceitas pactuações na modalidade ad referendum);
- Declaração do Gestor de Saúde responsável (SMS ou SES) solicitando a habilitação do componente desejado.
- Relatório de vistoria, realizado pela vigilância Sanitária local, no estabelecimento a ser habilitada, considerando os critérios específicos para cada componente, dispostos na Portaria de Consolidação nº 03 de 28 de setembro de 2017 com parecer favorável à habilitação. Não se trata de Alvará Sanitário.

22 - Salvando, poderá ser realizada alterações posterior no cadastro.

23 - Após conferir o cadastramento da proposta, enviar ao Ministério da Saúde, para análise da área técnica responsável.

QUESTIONÁRIOS

QUESTIONÁRIO

▼ AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO A-SEG

1

1. Anexar Resolução CIB, aprovando a habilitação do Ambulatório de Seguimento(A-SEG) (não serão aceitas pactuações na modalidade ad referendum). *

Escolher arquivo

Nenhum arquivo escolhido

2. Anexar Declaração do Gestor de Saúde responsável (SMS ou SES), solicitando a habilitação do Ambulatório de Seguimento (A-SEG). *

Escolher arquivo

Nenhum arquivo escolhido

3. Anexar Relatório de vistoria, realizado pela vigilância sanitária local, do Ambulatório de Seguimento (A-SEG) a ser habilitado, considerando os critérios dispostos na Portaria de Consolidação nº 03, Título III e o art.89B. Com parecer favorável à habilitação. Não se trata de Alvará Sanitário. *

Escolher arquivo

Nenhum arquivo escolhido

23

22

Anterior

Enviar para MS

Voltar

Salvar

Imprimir

Descartar Proposta

BRASIL BEM
CUIDADO
MAIS SAÚDE PARA QUEM MAIS PRECISA

SUS

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

ANEXOS

Para acessar os anexos a seguir
Utilize este código QR



**DECLARAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL, DISTRITAL OU MUNICIPAL DE SAÚDE
QUE ATESTA O CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA
HABILITAÇÃO DE LEITOS DE UNIDADE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN)
TIPO II**

Eu _____, portador (a) do CPF sob o nº _____,
devidamente investido(a) no cargo de _____ do
município _____ e
Estado _____, inscrito no CNPJ _____, com sede
_____, declaro, para fins de aprovação da proposta
nº _____, para habilitação de _____ **leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) Tipo II**,
com CNES nº _____, sob gestão (estadual, municipal, Distrital) _____, submetida para análise
desse Ministério da Saúde, considerando o que dispõe nas Portarias nº 5350 e 5349/2024, as quais estão
inseridas nas Portarias de Consolidação nº 3/2017 e nº 6/2017 respectivamente, que assumo junto ao
Ministério da Saúde, que para a habilitação da UTIN tipo II cumpro todos os requisitos necessários, conforme
descrito abaixo:

1. Possui no mínimo 80 leitos gerais, dos quais 20 são obstétricos.
2. Dispõe de centro cirúrgico, serviço radiológico convencional e serviço de ecodopplercardiografia.
3. Oferece serviço de hemogasômetro 24 horas.
4. Conta com Banco de Leite Humano ou unidade de coleta.
5. Será anexada a Resolução CIB ou CGSES-DF que aprove a habilitação de leitos de UTIN tipo II.
6. Inclui o Relatório da Vigilância Sanitária local, da UTIN a ser habilitada, com parecer favorável à habilitação.
7. Contar com ambiência e estrutura física que atendam às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Equipamentos:

- Materiais e equipamento para reanimação: 1 para cada 5 leitos.
- Monitor de beira de leito para monitorização contínua: 1 para cada leito.
- Ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 1 para cada 2 leitos, com reserva de 1 equipamento para cada 5 leitos devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 2 (dois) circuitos completos.
- Ventilador pulmonar específico para transporte: 1 para cada 10 leitos ou fração.
- Equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"): 3 por leito, com reserva de 1 para cada 3 leitos.
- Conjunto de nebulização em máscara: 1 para cada leito.
- Conjunto padronizado de beira de leito (estetoscópio, fita métrica, ressuscitador manual): 1 para cada leito, com reserva de 1 para cada 2 leitos.
- Bandeja com material para procedimentos diversos (punção lombar, drenagem, traqueostomia, entre outros).
- Eletrocardiógrafo portátil.

- Equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva.
- Oftalmoscópio e otoscópio (mínimo de 2); negatoscópio, foco auxiliar portátil e aspirador cirúrgico portátil: 1 por UTIN.
- Equipamento para aferição de glicemia capilar específico: 1 para cada 5 leitos ou fração.
- Estadiômetro ou fita métrica: 1 por unidade.
- Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito.
- Equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 1 para cada 5 leitos, incluindo todos os tamanhos de interfaces faciais.
- Aparelho de fototerapia, capacete de acrílico e tenda para oxigenioterapia: 1 para cada 3 leitos/fração, com reserva de 1 para cada 5 leitos.
- Incubadora com parede dupla: 1 por paciente de UTIN, com berços aquecidos para no mínimo 10% dos leitos.
- Incubadora para transporte com monitorização, suporte para infusão, cilindro de oxigênio e kit de emergência: 1 para cada 10 leitos ou fração.
- Balança eletrônica portátil: 1 para cada 10 leitos.
- Poltronas removíveis com revestimento impermeável para acompanhantes: 1 para cada 4 leitos ou fração.
- Refrigerador para medicamentos com temperatura interna de 2 a 8°C, com registro diário da temperatura: 1 por UTIN.
- Materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado.
- Acesso a diversos serviços à beira do leito (nutrição, assistência farmacêutica, clínica vascular, neurologia, entre outros), seja prestado pelo próprio estabelecimento ou por serviços terceirizados.

Recursos Humanos:

- Médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias e certificação em Neonatologia ou título equivalente.
- Médico com jornada mínima de 4 horas diárias para cada 10 leitos ou fração, com certificação em Neonatologia ou título equivalente.
- Médico plantonista por turno, com certificação em Neonatologia ou título equivalente, para cada 10 leitos ou fração.
- Enfermeiro coordenador com jornada de 8 horas e experiência ou habilitação em neonatologia.
- Enfermeiro assistencial para cada 10 leitos ou fração, por turno.
- Fisioterapeuta exclusivo para cada 10 leitos ou fração, por turno, com coordenador experiente.
- Técnico de enfermagem para cada 2 leitos por turno.
- Funcionário exclusivo responsável pela limpeza em cada turno.
- Fonoaudiólogo disponível para a unidade.
- O estabelecimento cadastrado no CNES cumpre com os requisitos de infraestrutura, equipamentos e recursos humanos necessários para a habilitação dos leitos de UTIN tipo II e demais áreas de atendimento especializado.

Firmo o presente.

Cidade, Dia/Mês e Ano.

ASSINATURA DO GESTOR DE SAÚDE

**DECLARAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL, DISTRITAL OU MUNICIPAL DE SAÚDE
QUE ATESTA O CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA
HABILITAÇÃO DE LEITOS DE UNIDADE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN)
TIPO III**

Eu _____, portador (a) do CPF sob o nº _____,
devidamente investido(a) no cargo de _____ do
município _____ e
Estado _____, inscrito no CNPJ _____, com sede
_____, declaro, para fins de aprovação da proposta
nº _____, para habilitação de _____ **leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) Tipo III**,
com CNES nº _____, sob gestão (estadual, municipal, Distrital) _____, submetida para análise
desse Ministério da Saúde, considerando o que dispõe nas Portarias nº 5350 e 5349/2024, as quais estão
inseridas nas Portarias de Consolidação nº 3/2017 e nº 6/2017 respectivamente, que assumo junto ao
Ministério da Saúde, que para a habilitação da UTIN tipo III cumpro todos os requisitos necessários, conforme
descrito abaixo:

1. Possui no mínimo 80 leitos gerais, dos quais 20 são obstétricos.
2. Dispõe de centro cirúrgico, serviço radiológico convencional e serviço de ecodopplercardiografia.
3. Oferece serviço de hemogasômetro 24 horas.
4. Conta com Banco de Leite Humano ou unidade de coleta.
5. Será anexada a Resolução CIB ou CGSES-DF que aprove a habilitação de leitos de UTIN tipo III.
6. Inclui o Relatório da Vigilância Sanitária local, da UTIN a ser habilitada, com parecer favorável à habilitação.

Equipamentos

- Materiais e equipamento para reanimação: 1 para cada 5 leitos.
- Monitor de beira de leito para monitorização contínua: 1 para cada leito.
- Ventilador mecânico microprocessado: 1 para cada leito.
- Ventilador pulmonar específico para transporte: 1 para cada 10 leitos ou fração.
- Equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"): 4 por leito, com reserva de 1 para cada 3 leitos.
- Conjunto de nebulização em máscara: 1 para cada leito.
- Conjunto padronizado de beira de leito (estetoscópio, fita métrica, ressuscitador manual): 1 para cada leito, com reserva de 1 para cada 2 leitos.
- Bandeja com material para procedimentos diversos (punção lombar, drenagem, traqueostomia, entre outros).
- Eletrocardiógrafo portátil.
- Equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva.
- Oftalmoscópio e otoscópio (mínimo de 2); negatoscópio, foco auxiliar portátil e aspirador cirúrgico portátil: 1 por UTIN.

- Equipamento para aferição de glicemia capilar específico: 1 para cada 5 leitos ou fração.
- Estadiômetro ou fita métrica: 1 por unidade.
- Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito.
- Equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 1 para cada 5 leitos, incluindo todos os tamanhos de interfaces faciais.
- Aparelho de fototerapia, capacete de acrílico e tenda para oxigenioterapia: 1 para cada 3 leitos/fração, com reserva de 1 para cada 5 leitos.
- Incubadora com parede dupla: 1 por paciente de UTIN, com berços aquecidos para no mínimo 10% dos leitos.
- Incubadora para transporte com monitorização, suporte para infusão, cilindro de oxigênio e kit de emergência: 1 para cada 10 leitos ou fração.
- Balança eletrônica portátil: 1 para cada 10 leitos.
- Poltronas removíveis com revestimento impermeável para acompanhantes: 1 para cada 4 leitos ou fração.
- Refrigerador para medicamentos com temperatura interna de 2 a 8°C, com registro diário da temperatura: 1 por UTIN.
- Materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado.
- Acesso a diversos serviços à beira do leito (nutrição, assistência farmacêutica, clínica vascular, neurologia, entre outros), seja prestado pelo próprio estabelecimento ou por serviços terceirizados.
- Bombas de infusão: 4 (quatro) por leito ou fração;
- Ventilador mecânico microprocessado: 1 (um) para cada leito.

Recursos Humanos

- Disponibiliza 1 enfermeiro plantonista assistencial exclusivo por turno para cada 5 leitos ou fração na unidade.
- O coordenador de fisioterapia possui título de especialização em terapia intensiva pediátrica, neonatal ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave.
- No mínimo 50% (cinquenta por cento) dos médicos plantonistas devem ter certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Medicina Intensiva Pediátrica;
- Enfermeiro coordenador com título de especialização em terapia intensiva/terapia intensiva neonatal ou no mínimo 5 (cinco) anos de experiência profissional comprovada de atuação na área;
- 1 (um) enfermeiro plantonista assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 5 (cinco) leitos ou fração;
- Médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias e certificação em Neonatologia ou título equivalente.
- Médico com jornada mínima de 4 horas diárias para cada 10 leitos ou fração, com certificação em Neonatologia ou título equivalente.
- Médico plantonista por turno, com certificação em Neonatologia ou título equivalente, para cada 10 leitos ou fração.

- Enfermeiro coordenador com jornada de 8 horas e experiência ou habilitação em neonatologia.
- Enfermeiro assistencial para cada 10 leitos ou fração, por turno.
- Fisioterapeuta exclusivo para cada 10 leitos ou fração, por turno, com coordenador experiente.
- Técnico de enfermagem para cada 2 leitos por turno.
- Funcionário exclusivo responsável pela limpeza em cada turno.
- Fonoaudiólogo disponível para a unidade.

O estabelecimento atende aos critérios de infraestrutura, equipamentos e recursos humanos para a habilitação da UTIN tipo III, conforme os parâmetros especificados.

Firmo o presente.

Cidade, Dia/Mês e Ano.

ASSINATURA DO GESTOR DE SAÚDE

**DECLARAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL, DISTRITAL OU MUNICIPAL DE SAÚDE
QUE ATESTA O CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA HABILITAÇÃO
DA CASA DE GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA (CGBP)**

Eu _____, portador (a) do CPF sob o nº _____,
devidamente investido(a) no cargo de _____ do
município _____ e Estado _____, inscrito no CNPJ _____, com sede
_____, declaro, para fins de aprovação da proposta
nº _____, para habilitação de Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), vinculado ao
estabelecimento de saúde sob o CNES nº _____, sob gestão (estadual, municipal, Distrital)
_____, submetida para análise desse Ministério da Saúde, considerando o que dispõe nas Portarias nº
5350 e 5349/2024, as quais estão inseridas nas Portarias de Consolidação nº 3/2017 e nº
6/2017 respectivamente, que assumo junto ao Ministério da Saúde, que para a habilitação da CGBP cumpro
todos os requisitos necessários, conforme descrito abaixo:

1. O estabelecimento tem capacidade para acolher 10, 15 ou 20 usuárias, incluindo gestantes, puérperas com recém-nascidos e puérperas sem recém-nascidos.
2. Está vinculado a um estabelecimento hospitalar de referência para Atenção à Gestação e ao Puerpério de Alto Risco.
3. Possui ambientes específicos e adequados ao número de usuárias, incluindo dormitórios, banheiros, sala e cozinha, todos separados entre si.
4. Disponibiliza assistência à saúde durante a permanência na Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), conforme necessidades clínicas dos usuários.
5. Oferece visita aberta com horários flexíveis, insumos, materiais, suprimentos, limpeza e manutenção da estrutura física e equipamentos.
6. O espaço de convivência e quartos respeitam as normas de área mínima por usuária, conforme as diretrizes regulamentares.
7. Dispõe de banheiros adequados para usuárias, visitantes e funcionários, e possibilita o alojamento conjunto para mães puérperas e recém-nascidos.
8. Assegura que todas as normas de acessibilidade são respeitadas e está localizado preferencialmente até cinco quilômetros do hospital de referência, conforme regulamento.

Equipamentos

- Balança antropométrica, balança neonatal, estetoscópio adulto e neonatal, esfigmomanômetros, camas, berços, armários, sofá, mesa de refeição, geladeira, fogão, lavadora de roupas, televisão e computador.

Recursos Humanos

- O estabelecimento dispõe de 1 coordenador técnico-administrativo e enfermeiros responsáveis;
- Técnico de enfermagem em regime de plantão;
- Auxiliar de limpeza e
- Visitas médicas conforme o quadro clínico.

Firmo o presente.

Cidade, Dia/Mês e Ano.

ASSINATURA DO GESTOR DE SAÚDE

**DECLARAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL, DISTRITAL OU MUNICIPAL DE SAÚDE
QUE ATESTA O CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA
HABILITAÇÃO DE AGPAR**

Eu _____, portador (a) do CPF sob o nº _____
_____, devidamente investido(a) no cargo de _____
do município _____ e

Estado _____, inscrito no CNPJ _____, com sede

_____, declaro, para fins de aprovação da proposta nº _____, para habilitação de **Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR)**, com CNES nº _____, sob gestão (estadual, municipal, Distrital) _____ submetida para análise desse Ministério da Saúde, considerando o que dispõe nas Portarias nº 5350 e 5349/2024, as quais estão inseridas nas Portarias de Consolidação nº 3/2017 e nº 6/2017 respectivamente, que assumo junto ao Ministério da Saúde, que para habilitação de AGPAR cumpro todos os requisitos necessários, conforme descrito abaixo:

1. Atende as normativas sanitárias vigentes estabelecidas pela ANVISA.
2. Possui uma unidade hospitalar ou maternidade habilitada e de referência para gestação de alto risco.
3. Dispõe de serviços de diagnóstico ultrassonográfico, acompanhamento em medicina fetal, cardiocardiografia, eletrocardiograma e ecocardiografia fetal.
4. Tem acesso regulado e pactuado com a gestão da atenção primária para a oferta do Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG), exames diagnósticos para gravidade de pré-eclâmpsia, urocultura com antibiograma e sorologias para pesquisa de infecções na gestação.
5. Dispõe de acesso regulado a diversas especialidades, conforme as necessidades de cada gestante, incluindo: assistência clínica vascular e cardiovascular, neurológica, gastroenterológica, nefrológica, hematológica, oftalmológica, otorrinolaringológica, infectologia, cirurgia clínica, endocrinologia, urologia e saúde mental.

Recursos Humanos

Dispõe de equipe multiprofissional especializada para a atenção à gestante de alto risco, composta por:

- Profissional responsável técnico pelo serviço;
- Médico com residência em ginecologia e obstetria reconhecida pelo Ministério da Educação ou título de especialista reconhecido pelo Conselho de Classe, com carga horária mínima de 40 horas semanais;
- Médico ultrassonografista ou ginecologista e obstetra devidamente reconhecido pelo Conselho de Classe, atuando em medicina fetal ou ultrassonografia em ginecologia e obstetria, com carga horária mínima de 20 horas semanais.
- Dispõe de enfermeiros, preferencialmente obstetras, com carga horária mínima de 80 horas semanais, além de nutricionista, psicólogo e assistente social, garantindo carga horária mínima de 90 horas semanais para o atendimento às gestantes de alto risco.

Firmo o presente.

Cidade, Dia/Mês e Ano.

ASSINATURA DO GESTOR DE SAÚDE

**DECLARAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL, DISTRITAL OU MUNICIPAL DE SAÚDE
QUE ATESTA O CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA
HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA À GESTAÇÃO
E AO PUERPÉRIO DE ALTO RISCO**

Eu _____, portador (a) do CPF sob o nº _____,
devidamente investido(a) no cargo de _____ do
município _____ e

Estado _____, inscrito no CNPJ _____, com sede

_____, declaro, para fins de aprovação da proposta
nº _____, para habilitação de Serviços **Hospitalares de Referência à Gestação e ao Puerpério de Alto
Risco (HGPAR)**, com CNES nº _____, sob gestão (estadual, municipal, Distrital)
_____, submetida para análise desse Ministério da Saúde, considerando o que dispõe nas Portarias nº
5350 e 5349/2024, as quais estão inseridas nas Portarias de Consolidação nº 3/2017 e nº
6/2017 respectivamente, que assumo junto ao Ministério da Saúde, que para a habilitação do HGPAR cumpro
todos os requisitos necessários, conforme descrito abaixo:

1. Compromete-se a manter constituídas e em permanente funcionamento as comissões obrigatórias pertinentes a estabelecimentos hospitalares.
2. Compromete-se a realizar atendimento em urgência e emergência obstétrica 24 horas por dia, sete dias por semana.
3. Fornece retaguarda para as urgências e emergências obstétricas e neonatais atendidas em outros pontos de menor complexidade na Rede Alynne em sua Região de Saúde e garante o encaminhamento responsável.
4. Disponibiliza protocolo de acolhimento com classificação de risco para atendimentos de urgências obstétricas, ginecológicas e neonatais.
5. Mantém uma equipe horizontal gestora do cuidado em obstetrícia e neonatologia, com, no mínimo, médico obstetra, enfermeiro e médico pediatra.
6. Compromete-se a manter todos os leitos cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) disponíveis para regulação pelas Centrais de Regulação.
7. Alimenta e atualiza os sistemas de informação obrigatórios do SUS.
8. Garante a vinculação de vaga para gestante, recém-nascido e puérpera de risco, com fluxo e encaminhamento responsável estabelecidos.
9. Disponibiliza alojamento conjunto para que o neonato permaneça junto à mãe, sempre que possível.
10. Proporciona condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável em casos de internação, inclusive em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo).
11. Compromete-se a constituir e manter em funcionamento o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, em conformidade com as normas vigentes de vigilância em saúde.

12. Compromete-se a manter a quantidade de leitos de gestação de alto risco para atendimento ao SUS, conforme necessidade estabelecida na programação da Rede Alayne e contemplada no Plano de Ação Regional.
13. Dispõe de leito equipado para estabilização de gestantes ou puérperas até a transferência para UTI Adulto de referência, pactuada com outro estabelecimento, quando não houver UTI Adulto própria.
14. Garante acesso às especialidades médicas, a outros profissionais de saúde e aos procedimentos diagnósticos conforme a necessidade e quadro clínico da usuária.
15. Compromete-se a implantar o Método Canguru, conforme as disposições do Título II do Anexo X da Portaria de Consolidação nº 2 e do Título IV.
16. Compromete-se a constituir e manter em funcionamento o Núcleo Interno de Regulação (NIR).
17. Garante acesso à UTIN por meio de referência pactuada, caso o estabelecimento não disponha de uma unidade.
18. Compromete-se a informar a taxa de cesarianas realizadas e a apresentar um plano para reduzir essa taxa em 10% ao ano, tendo como meta um valor de referência igual ou menor que 35%.
19. Disponibiliza hemocomponentes 24 horas por dia, sete dias por semana, e apresenta documento de formalização de seu fornecimento, conforme normativas do Ministério da Saúde e resoluções da ANVISA.

Equipamentos

- Disponibiliza ultrassonografia com doppler,
- Eletrocardiografia,
- Cardiotocografia,
- Serviço de radiologia,
- Laboratório clínico, e;
- Banco de Leite Humano (BLH) ou posto de coleta com referência pactuada a um BLH, com fluxos e rotinas de encaminhamentos aprovados pela Vigilância Sanitária local.

Recursos Humanos

- Assistente social;
- Enfermeiro, de preferência enfermeiro obstetra;
- Médico anestesiológico;
- Médico obstetra; □ Médico pediatra;
- Nutricionista;
- Psicólogo;
- Farmacêutico;
- Técnico de enfermagem;

- Médico neonatologista ou intensivista pediatria nas unidades que tiverem UTIN; ☐ Fisioterapeuta nas unidades que tiverem UTIN; e ☐ Fonoaudiólogo nas unidades que tiverem UTIN.

Firmo o presente.

Cidade, Dia/Mês e Ano.

ASSINATURA DO GESTOR DE SAÚDE

**DECLARAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL, DISTRITAL OU MUNICIPAL DE SAÚDE
QUE ATESTA O CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA
HABILITAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO (A-SEG)**

Eu _____, portador (a) do CPF sob o nº _____,
devidamente investido(a) no cargo de _____ do
município _____ e
Estado _____, inscrito no CNPJ _____, com sede
_____, declaro, para fins de aprovação da proposta
nº _____, para habilitação de Ambulatório de Seguimento (A-SEG), vinculado ao estabelecimento de
saúde sob o CNES nº _____, sob gestão (estadual, municipal, Distrital) _____, submetida para
análise desse Ministério da Saúde, considerando o que dispõe nas Portarias nº 5350 e 5349/2024, as quais
estão inseridas nas Portarias de Consolidação nº 3/2017 e nº 6/2017 respectivamente, que assumo junto ao
Ministério da Saúde, que para a habilitação do A-SEG cumpro todos os requisitos necessários, conforme
descrito abaixo:

1. Ser vinculado a um estabelecimento de saúde (hospital ou maternidade) que oferece serviço de alta complexidade ou de referência regional neonatal.
2. Disponibilizar vagas para atendimento a recém-nascidos e crianças, de acordo com a necessidade e em tempo oportuno.
3. Oferta acesso regulado a recursos assistenciais, diagnósticos e terapêuticos de apoio, em conformidade com o perfil de demanda e o caráter eletivo do atendimento, incluindo os recursos previstos nos programas de triagem neonatal do Ministério da Saúde.
4. Estabelece um fluxo de referência e contrarreferência junto à Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo a integralidade das informações e ações de matriciamento.
5. O estabelecimento de saúde dispõe dos seguintes serviços: ecografia cerebral, exame de fundo de olho, exame de potencial evocado do tronco encefálico (BERA) e exames laboratoriais e de imagem (com acesso até quinze dias após indicação clínica).
6. O estabelecimento garante o acesso às subespecialidades pediátricas (neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, ortopedia, cirurgia pediátrica, terapia ocupacional, nutrição e psicologia), conforme o encaminhamento médico de cada criança e a pactuação regional.
7. Será anexada a Resolução CIB ou CGSES-DF que approve a habilitação do A-SEG.
8. Deve-se anexar o Relatório da Vigilância Sanitária local para habilitação do A-SEG, com parecer favorável à habilitação.

Equipamentos

- O estabelecimento de saúde dispõe de balança profissional para lactentes e balança profissional para crianças.
- O estabelecimento de saúde dispõe de antropômetro, fita métrica de plástico, termômetro digital, oftalmoscópio e otoscópio.

Recursos Humanos

- O estabelecimento cadastrado dispõe de uma equipe multiprofissional especializada, incluindo um profissional responsável técnico pelo serviço e médico com residência concluída em pediatria reconhecida pelo Ministério da Educação ou com título de especialista em pediatria reconhecido pela SBPC, garantindo, no mínimo, carga horária de 40 horas semanais.
- O estabelecimento dispõe de enfermeiros, preferencialmente com especialização em pediatria ou neonatologia e/ou com experiência em assistência à saúde da criança, garantindo, no mínimo, carga horária de 80 horas semanais.
- O estabelecimento dispõe de uma equipe multiprofissional com, pelo menos, três categorias distintas, sendo preferencialmente psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional e/ou fonoaudiólogo, garantindo, no mínimo, carga horária de 90 horas semanais.

Firmo o presente.

Cidade, Dia/Mês e Ano.

ASSINATURA DO GESTOR DE SAÚDE

**DECLARAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL, DISTRITAL OU MUNICIPAL DE SAÚDE
QUE ATESTA O CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA
HABILITAÇÃO DE CENTRO DE PARTO NORMAL PERI-HOSPITALAR (CPNp)**

Eu _____, portador (a) do CPF sob o nº _____,
devidamente investido(a) no cargo de _____ do
município _____ e
Estado _____, inscrito no CNPJ _____, com sede
_____, declaro, para fins de aprovação da proposta
nº _____, para habilitação de Centro de Parto Normal peri-hospitalar (CPNp), vinculado ao
estabelecimento de saúde sob o CNES nº _____, sob gestão (estadual, municipal, Distrital)
_____, submetida para análise desse Ministério da Saúde, considerando o que dispõe nas Portarias nº
5350 e 5349/2024, as quais estão inseridas nas Portarias de Consolidação nº 3/2017 e nº
6/2017 respectivamente, que assumo junto ao Ministério da Saúde, que para a habilitação do CPNp cumprio
todos os requisitos necessários, conforme descrito abaixo:

1. Está localizado nas proximidades do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que permite garantir intervenção oportuna, em um prazo de até 30 (trinta) minutos entre a percepção da necessidade e o início do atendimento no referido estabelecimento.
2. Garante a transferência da gestante ou puérpera e do recém-nascido com transporte seguro e adequado, em casos de urgência e emergência, disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias da semana, para o estabelecimento hospitalar de referência.
3. Assegura a permanência da gestante/puérpera e do recém-nascido no quarto PPP (pré-parto, parto e pós-parto), da admissão até a alta, e permite a permanência de um acompanhante de livre escolha da gestante durante todo o período de internação.
4. Está vinculado a um hospital de referência, que oferece equipe de retaguarda 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, composta por médico obstetra, anestesista, e pediatra ou neonatologista, para prestar pronto atendimento conforme solicitado pela equipe do CPN.
5. Está em conformidade com a Resolução ANVISA nº 920 de 19 de setembro de 2024, incluindo estrutura de sala de registro e recepção, sala de exames e admissão de parturientes, sanitário anexo, quartos PPP, entre outros ambientes especificados.
6. Possui os ambientes de apoio requeridos, como sala de utilidades, rouparia, depósito de materiais e equipamentos, copa, refeitório, área para higienização das mãos, e demais espaços indicados pela regulamentação.

Equipamentos

- Estetoscópio clínico, esfigmomanômetro, métrica, estetoscópio sonar (um por quarto PPP), amnioscópio com fonte de luz, mesa auxiliar, foco de luz móvel, e instrumental para exame ginecológico.
- Barra fixa ou escada de Ling, bola de Bobat, cavalinho, arco de suporte removível, banheira para trabalho de parto, e perneira removível para posição ginecológica.

- Equipamentos para parto e atendimento neonatal, como balança, oxímetro de pulso, berço aquecido, colchão D33, relógio com marcador de segundos (um por quarto PPP), entre outros especificados.

Recursos Humanos

- Um enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas, sendo 8 (oito) horas diárias.
- Dois enfermeiros obstétricos ou obstetrizes, com cobertura 24 horas por dia, 7 dias por semana.
- Um técnico de enfermagem e um auxiliar de serviços gerais, ambos com cobertura 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Declaro, ainda, que:

- O estabelecimento está ciente de que os enfermeiros obstétricos atuantes nos CPN devem apresentar certificado de especialização em enfermagem obstétrica, seja por meio de especialização "lato sensu" ou residência.
- O enfermeiro obstétrico ou obstetriz deverá dar continuidade aos cuidados materno-infantis, incluindo a alta hospitalar no puerpério fisiológico e para recém-nascidos saudáveis.
- Em conformidade com as especificidades regionais e culturais e respeitando o desejo da mulher, a parteira tradicional poderá ser incluída no cuidado à mulher no CPN, em regime colaborativo com o enfermeiro obstétrico ou obstetriz.

Firmo o presente.

Cidade, Dia/Mês e Ano.

ASSINATURA DO GESTOR DE SAÚDE

**DECLARAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL, DISTRITAL OU MUNICIPAL DE SAÚDE
QUE ATESTA O CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA
HABILITAÇÃO DE CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA-HOSPITALAR (CPNi) TIPO I**

Eu _____, portador (a) do CPF sob o nº _____,
devidamente investido(a) no cargo de _____ do
município _____ e

Estado _____, inscrito no CNPJ _____, com sede

_____, declaro, para fins de aprovação da proposta
nº _____, para habilitação de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo I (CPNi), vinculado ao
estabelecimento de saúde sob o CNES nº _____, sob gestão (estadual, municipal, Distrital)
_____, submetida para análise desse Ministério da Saúde, considerando o que dispõe nas Portarias nº
5350 e 5349/2024, as quais estão inseridas nas Portarias de Consolidação nº 3/2017 e nº
6/2017 respectivamente, que assumo junto ao Ministério da Saúde, que para a habilitação do CPNi Tipo I
cumpro todos os requisitos necessários, conforme descrito abaixo:

1. Localização Interna: O estabelecimento está localizado nas dependências internas do hospital, atendendo às especificações para centros de parto normal intra-hospitalares.
2. Estrutura CPNi Tipo I: No caso de CPNi tipo I, possuir ambientes fins exclusivos da unidade, tais como recepção, sala de exames, quartos PPP, área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço, podendo compartilhar os ambientes de apoio;
3. Garantia de Permanência no Quarto PPP: O estabelecimento assegura a permanência da gestante ou puérpera e do recém-nascido no quarto PPP durante o trabalho de parto e o parto. Após o puerpério imediato, ambos podem ser transferidos para o alojamento conjunto, conforme indicado.
4. Presença do acompanhante: Está garantida a permanência de um acompanhante, escolhido livremente pela gestante, desde a admissão até a alta.
5. Conformidade com a Resolução ANVISA nº 36/2008 O estabelecimento segue os requisitos da Resolução ANVISA nº 36, de 3 de junho de 2008, incluindo:

- Sala de registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante.
- Sala de exames e admissão de parturientes.
- Sanitário anexo à sala de exames.
- Cinco quartos PPP para CPN intra-hospitalar, sendo um com banheira.
- Cama em alvenaria de 50 cm de altura e 1,48 x 2,48 m de dimensão, com arco e perneiras removíveis (opcional).

Outros Ambientes Obrigatórios: A estrutura também inclui banheiro anexo ao quarto PPP, área para deambulação (interna e/ou externa), varanda/solário, posto de enfermagem, sala de ultrassonografia e sala de serviço.

Ambientes de Apoio: O estabelecimento dispõe dos seguintes ambientes de apoio:

- Sala de utilidades.

- Quarto de plantão para funcionários, com banheiros (masculino e feminino) anexos.
- Rouparia (não necessariamente configurada como um ambiente específico).
- Depósito de material de limpeza e de equipamentos. □ Copa e área para higienização das mãos.

Recursos Humanos - CPNi

- Enfermeiro Obstétrico/Obstetriz - Coordenador do Cuidado: O estabelecimento dispõe de um enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado e responsável técnico pelo CPN, com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas, distribuídas em 8 (oito) horas diárias.
- Enfermeiro Obstétrico/Obstetriz - Cobertura Integral: O CPN conta com um enfermeiro obstétrico ou obstetriz para cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante os 7 (sete) dias da semana.
- Técnicos de Enfermagem: Estão disponíveis 2 (dois) técnicos de enfermagem com cobertura integral, ou seja, 24 horas por dia, 7 dias por semana.
- Auxiliar de Serviços Gerais: O estabelecimento dispõe de 1 (um) auxiliar de serviços gerais com cobertura 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Firmo o presente.

Cidade, Dia/Mês e Ano.

ASSINATURA DO GESTOR DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL, DISTRITAL OU MUNICIPAL DE SAÚDE
QUE ATESTA O CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA
HABILITAÇÃO DE CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA-HOSPITALAR (CPNi) TIPO II

Eu _____, portador (a) do CPF sob o nº _____,
devidamente investido(a) no cargo de _____ do
município _____ e
Estado _____, inscrito no CNPJ _____, com sede
_____, declaro, para fins de aprovação da proposta
nº _____, para habilitação de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo II (CPNi), vinculado ao
estabelecimento de saúde sob o CNES nº _____, sob gestão (estadual, municipal, Distrital)
_____, submetida para análise desse Ministério da Saúde, considerando o que dispõe nas Portarias nº
5350 e 5349/2024, as quais estão inseridas nas Portarias de Consolidação nº 3/2017 e nº
6/2017 respectivamente, que assumo junto ao Ministério da Saúde, que para a habilitação do CPNi Tipo II
cumpro todos os requisitos necessários, conforme descrito abaixo:

1. Localização Interna: O estabelecimento cadastrado neste SCNES está localizado nas dependências internas do hospital, atendendo às especificações para centros de parto normal intra-hospitalares.
2. Estrutura CPNi Tipo II: A estrutura do CPNi Tipo II conta com quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto), área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço, sendo permitido o compartilhamento dos demais ambientes com a maternidade.
3. Garantia de Permanência no Quarto PPP: O estabelecimento cadastrado no SCNES assegura a permanência da gestante ou puérpera e do recém-nascido no quarto PPP durante o trabalho de parto e o parto. Após o puerpério imediato, ambos podem ser transferidos para o alojamento conjunto, conforme indicado.
4. Presença do Acompanhante: Está garantida a permanência de um acompanhante, escolhido livremente pela gestante, desde a admissão até a alta.
5. Conformidade com a Resolução ANVISA nº 36/2008 O estabelecimento segue os requisitos da Resolução ANVISA nº 36, de 3 de junho de 2008, incluindo:
 - Sala de registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante.
 - Sala de exames e admissão de parturientes.
 - Sanitário anexo à sala de exames.
 - Cinco quartos PPP para CPN intra-hospitalar, sendo um com banheira.
 - Cama em alvenaria de 50 cm de altura e 1,48 x 2,48 m de dimensão, com arco e perneiras removíveis (opcional).
 - **Outros Ambientes Obrigatórios:** A estrutura também inclui banheiro anexo ao quarto PPP, área para deambulação (interna e/ou externa), varanda/solário, posto de enfermagem, sala de ultrassonografia e sala de serviço.
 - **Ambientes de Apoio:** o estabelecimento dispõe dos seguintes ambientes de apoio:
 - Sala de utilidades.
 - Quarto de plantão para funcionários, com banheiros (masculino e feminino) anexos.
 - Rouparia (não necessariamente configurada como um ambiente específico).

- Depósito de material de limpeza e de equipamentos. ☐ Copa e área para higienização das mãos.

Recursos Humanos – CPNi

- Enfermeiro Obstétrico/Obstetriz - Coordenador do Cuidado: O estabelecimento cadastrado no SCNES dispõe de um enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado e responsável técnico pelo CPN, com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas, distribuídas em 8 (oito) horas diárias.
- Enfermeiro Obstétrico/Obstetriz - Cobertura Integral: O CPN conta com um enfermeiro obstétrico ou obstetriz para cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante os 7 (sete) dias da semana.
- Técnicos de Enfermagem: estão disponíveis 2 (dois) técnicos de enfermagem com cobertura integral, ou seja, 24 horas por dia, 7 dias por semana.
- Auxiliar de Serviços Gerais: O estabelecimento dispõe de 1 (um) auxiliar de serviços gerais com cobertura 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Firmo o presente.

Cidade, Dia/Mês e Ano.

ASSINATURA DO GESTOR DE SAÚDE

**DECLARAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL, DISTRITAL OU MUNICIPAL DE SAÚDE
QUE ATESTA O CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA
HABILITAÇÃO DE LEITOS DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS
CONVENCIONAL (UCINCO)**

Eu _____, portador (a) do CPF sob o nº _____,
devidamente investido(a) no cargo de _____ do
município _____ e
Estado _____, inscrito no CNPJ _____, com sede
_____, declaro, para fins de aprovação da proposta
nº _____, para habilitação de _____ **leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencional
(UCINCO)**, com CNES nº _____, sob gestão (estadual, municipal, Distrital) _____, submetida
para análise desse Ministério da Saúde, considerando o que dispõe nas Portarias nº 5350 e 5349/2024, as
quais estão inseridas nas Portarias de Consolidação nº 3/2017 e nº 6/2017 respectivamente, que assumo junto
ao Ministério da Saúde, que para a habilitação da UCINCO cumpro todos os requisitos necessários, conforme
descrito abaixo:

1. O estabelecimento dispõe de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e possui referência para serviços de maior complexidade no atendimento de recém-nascidos que necessitam de cuidados intensivos e cirurgia pediátrica.
2. Conta com ventilador pulmonar microprocessado na proporção de 1 equipamento para cada 15 leitos.
3. Disponibiliza bandejas para procedimentos de punção lombar, drenagem torácica, curativos, flebotomia, acesso venoso, sondagem vesical e traqueostomia.
4. Possui incubadora de transporte com cilindro de oxigênio e ar comprimido.
5. Dispõe de equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva na proporção de 1 para cada 15 leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não realiza esta função.
6. Disponibiliza materiais de interface facial (máscara ou pronga) para ventilação pulmonar não-invasiva, com pelo menos 1 unidade para cada leito, em todos os tamanhos (00, 0, 1, 2, 3, e 4).
7. Garante acesso a serviços à beira do leito, por meios próprios ou terceirizados, incluindo assistência nutricional, farmacêutica, clínicas especializadas, e serviços diagnósticos.
8. Assegura acesso aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica, diretamente ou por convênio: cirurgia cardiovascular, cirurgia neurológica, ressonância magnética, tomografia, anatomia patológica, agência transfusional 24h e assistência genética.
9. Cumpre os requisitos de humanização, incluindo controle de ruído, climatização, iluminação natural, acesso irrestrito a pais, visitas programadas, e comunicação diária sobre a evolução dos pacientes.
10. Será anexada a Resolução CIB ou CGSES-DF que aprove a habilitação de leitos de UCINCO.
11. Inclui o Relatório da Vigilância Sanitária local, da UCINCO a ser habilitada, com parecer favorável à habilitação.

Equipamentos

- Dispõe de berços de calor radiante em pelo menos 10% dos leitos e de incubadoras simples em 60% dos leitos, além de berços de acrílico em 30%.
- Conta com monitor multiparâmetros na proporção de 1 para cada 5 leitos e ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e máscaras para prematuros, na proporção de 1 para cada 3 recém-nascidos.
- Possui capacetes ou capuzes de oxigênio, 1 para cada 4 leitos.
- Dispõe de termômetro digital e estetoscópio individual para cada leito, além de outros equipamentos essenciais, incluindo esfigmomanômetro, balança eletrônica, nebulizador, aspirador portátil e bombas de infusão.
- Oferece dispositivos de fototerapia (1 para cada 4 leitos) e sistema informatizado para visualização de raios X.
- Conta com relógios e calendário de parede visíveis, além de poltronas removíveis e impermeáveis para cada leito.

Recursos Humanos

- Disponibiliza 1 responsável técnico com habilitação em neonatologia, título de pediatria ou residência médica reconhecida pelo MEC, com jornada mínima de 4 horas diárias.
- Conta com 1 médico com jornada horizontal mínima de 4 horas diárias, preferencialmente com habilitação em neonatologia, para cada 15 leitos.
- Disponibiliza 1 médico plantonista com habilitação em neonatologia para cada 15 leitos em cada turno.
- O enfermeiro coordenador possui, preferencialmente, habilitação em neonatologia e experiência mínima de 2 anos, com jornada diária de 4 horas.
- Dispõe de 1 enfermeiro assistencial para cada 15 leitos em cada turno e de 1 técnico de enfermagem para cada 5 leitos.
- Conta com 1 fisioterapeuta por turno para cada 15 leitos e 1 fonoaudiólogo disponível para a unidade.
- Garante a presença de 1 responsável pela limpeza em cada turno.

Firmo o presente.

Cidade, Dia/Mês e Ano.

ASSINATURA DO GESTOR DE SAÚDE

**DECLARAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL, DISTRITAL OU MUNICIPAL DE SAÚDE
QUE ATESTA O CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA
HABILITAÇÃO DE LEITOS DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS
CANGURU (UCINCA)**

Eu _____, portador (a) do CPF sob o nº _____,
devidamente investido(a) no cargo de _____ do
município _____ e Estado _____, inscrito no CNPJ _____, com sede
_____, declaro, para fins de aprovação da proposta
nº _____, para habilitação de _____ **leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCA)**,
com CNES nº _____, sob gestão (estadual, municipal, Distrital) _____, submetida para análise
desse Ministério da Saúde, considerando o que dispõe nas Portarias nº 5350 e 5349/2024, as quais estão
inseridas nas Portarias de Consolidação nº 3/2017 e nº 6/2017 respectivamente, que assumo junto ao
Ministério da Saúde, que para a habilitação da UCINCA cumpro todos os requisitos necessários, conforme
descrito abaixo:

1. Os quartos e/ou enfermarias devem obedecer a certo padrão, com tamanho adequado para acomodar a dupla mãe-filho, sendo à uma convencionalmente estabelecida de 3 m² para cada conjunto leito materno/berço;
2. De acordo com as disponibilidades locais, poderá haver modificação dessa metragem no sentido de dar prioridade ao "Alojamento Conjunto";
3. O berço deve ficar com separação mínima de 2 m do outro berço;
4. Objetivando melhor funcionamento, o número de duplas mãe-filho por enfermaria deverá ser de no máximo 6;
5. As acomodações sanitárias serão estabelecidas de acordo com as normas de construção hospitalar do Ministério da Saúde;
6. Na área destinada a cada binômio mãe/filho, serão localizados: cama, mesa de cabeceira, berço, cadeira e material de asseio.

Equipamentos

- Incubadoras simples em pelo menos 20% (vinte por cento) dos leitos;
- Berços de acrílico em pelo menos 80% (oitenta por cento) dos leitos;
- Ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo: 1 para cada 5 (cinco) recém-nascidos;
- Termômetro digital individual: 1 (um) para cada leito;
- Estetoscópio individual: 1 (um) para cada leito;
- Material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos;
- Aspirador portátil: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos;
- Balança eletrônica: 1 (uma) para cada 15 (quinze) leitos;
- Relógios e calendários de parede visíveis; e
- Poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 (uma) por leito.

Recursos Humanos

- Disponibiliza 1 responsável técnico com habilitação em neonatologia, título de pediatria ou residência médica reconhecida pelo MEC, com jornada mínima de 4 horas diárias.
- Conta com 1 médico com jornada horizontal mínima de 4 horas diárias, preferencialmente com habilitação em neonatologia, para cada 15 leitos.
- Disponibiliza 1 médico plantonista com habilitação em neonatologia para cada 15 leitos em cada turno.
- O enfermeiro coordenador possui, preferencialmente, habilitação em neonatologia e experiência mínima de 2 anos, com jornada diária de 4 horas.
- Dispõe de 1 enfermeiro assistencial para cada 15 leitos em cada turno e de 1 técnico de enfermagem para cada 5 leitos.
- Conta com 1 fisioterapeuta por turno para cada 15 leitos e 1 fonoaudiólogo disponível para a unidade.
- Garante a presença de 1 responsável pela limpeza em cada turno.

Firmo o presente.

Cidade, Dia/Mês e Ano.

ASSINATURA DO GESTOR DE SAÚDE

Papel Timbrado

SECRETARIA DE SAÚDE
(ESTADUAL, MUNICIPAL ou DF)

DECLARAÇÃO DE GARANTIA DE FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES

Declaro, para fins de cumprimento do requisito documental a que se refere no Anexo II, Título III da Portaria de Consolidação/GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, que o (a) _____
(nome do hospital/maternidade), CNES nº _____, disponibiliza hemocomponentes 24h/dia
nos 07 dias da semana. *(Informar se os hemocomponentes são fornecidos pelo próprio
estabelecimento ou informar os dados do documento de formalização de seu fornecimento nos
termos da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.*

Local/Data,

SECRETÁRIO DE SAÚDE
(Estado, município ou do DF)

GESTOR DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE