



ANEXO III

PROPOSTA TÉCNICA INSTITUCIONAL DO SERVIÇO ESPECIALIZADO DE REFERÊNCIA À SAÚDE DA MULHER – SERMULHER

1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

NOME	CNES	CNPJ
NOME EMPRESARIAL	NATUREZA JURÍDICA	
LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	MUNICÍPIO	
CEP	TELEFONE	
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE		
() 1ª CRS (R9 e R10) () 10ª CRS () 11ª CRS () 13ª CRS		
DIRETOR CLÍNICO/GERENTE/ADMINISTRADOR		

2. DESCRIÇÃO DOS REQUISITOS MÍNIMOS PARA PARTICIPAÇÃO NA SELEÇÃO

Nos quadros abaixo, devem ser assinalados com “X” nas opções “SIM” ou “NÃO” os itens que o serviço candidato **já possui ou já realiza** ou não.

2.1 ESTRUTURA FÍSICA

	SIM	NÃO
1. Sala de reuniões		
Computadores com câmera, microfone e acesso à internet		
Linha telefônica		
Mesa e cadeiras em quantidade suficiente para acomodar todos os membros da equipe		
Climatização		
2. Sala de recepção e espera		
Sofá, cadeiras e mesa		
3. Consultórios		
Mesa de escritório e cadeiras		
Computador		



Maca ginecológica		
Mesa de exames		
4. Sala de Procedimentos		
5. Acessibilidade		
6. Ambiência		

2.2 RECURSOS HUMANOS (devem estar vinculados ao CNES do serviço)

CARGO	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA
Médico Ginecologista		
Médico Mastologista		
Médico em Radiologia e Diagnóstico por Imagem		
Enfermeiro		
Técnico em Enfermagem		
Profissional Navegador		
Fisioterapeuta		
Nutricionista		
Psicólogo		
Assistente Social		
Assistente Administrativo		

2.3 EXAMES E PROCEDIMENTOS RELACIONADOS ÀS LINHAS DE CUIDADO

EXAME/PROCEDIMENTO	REALIZADO ATUALMENTE PELO SERVIÇO*	
	SIM	NÃO
02.11.04.002-9 - Colposcopia (ambulatorial)		
02.01.01.066-6 - Biópsia de colo uterino (ambulatorial/ hospitalar)		
02.03.01.001-9 - Exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora (ambulatorial)		
02.05.02.018-6 - Ultrassonografia Transvaginal (ambulatorial/ hospitalar)		
02.05.02.016-0 - Ultrassonografia Pélvica (ambulatorial/ hospitalar)		
02.03.02.002-2 - Exame Anatomopatológico do colo uterino, peça cirúrgica (ambulatorial/ hospitalar)		
02.03.02.008-1 - Exame Anatomopatológico do colo uterino, biópsia (ambulatorial)		
03.09.03.004-8 - Criocauterização/ Eletrocoagulação de colo de útero (ambulatorial)		
04.09.06.008-9 - Excisão Tipo 1 do colo uterino (ambulatorial)		
04.09.06.030-5 - Excisão Tipo 2 do colo uterino (ambulatorial)		
02.01.01.015-1 - Biópsia de endométrio		
02.01.01.016-0 - Biópsia de endométrio por aspiração manual intrauterina (AMIU)		
02.01.01.050-0 - Biópsia/ punção de vagina		
02.01.01.061-5 - Punção de vagina		
02.01.01.051-8 - Biópsia/ punção de vulva		
02.04.03.003-0 - Mamografia (ambulatorial)		
02.04.03.018-8 - Mamografia Bilateral para rastreamento (ambulatorial)		
02.04.03.004-8 - Marcação pré-cirúrgica de lesão palpável de mama associada à mamografia (ambulatorial/hospitalar)		



*Deverão ser assinalados como “SIM” somente os exames/procedimentos que o serviço já realiza atualmente.

AÇÕES	REALIZADA ATUALMENTE PELO SERVIÇO*	
	SIM	NÃO
Realiza ações de matriciamento com a Atenção Primária em Saúde de seu território?		
Realiza navegação de pacientes?		
Realiza ações de telessaúde (teleconsultoria, teleinterconsulta, telediagnóstico, teleconsulta)?		
Realiza ações de Educação Permanente em Saúde internas e/ou para profissionais de outros serviços?		
Realiza reuniões de equipe multiprofissional semanalmente?		
Possui agenda de primeiras consultas regulada?		

4 DO FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO

1. Horário de funcionamento: _____
2. atendimentos na área de Ginecologia e/ou Mastologia já realizados pelo serviço:
- | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
3. Fluxo de acesso ao serviço (se possuir agendas na área de Ginecologia/Mastologia no sistema Gercon, informar quais):
- | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
4. Fluxo de atendimento no serviço:

