

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS  
COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE DAS MULHERES



# MANUAL DE USO DO SISTEMA

## SAIPS - SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE

ACESSO E ATIVIDADES DO GESTOR ESTADUAL, MUNICIPAL OU DO DISTRITO FEDERAL E  
DO CADASTRADOR DE PROPOSTA

### GESTAÇÃO DE ALTO RISCO - GAR

Brasília

Fevereiro/2019

# Sumário

Aspectos Gerais	1
Acesso ao Sistema	2
Cadastro de Proposta	3
Consulta de Proposta	6
Resposta de Diligências	7
Situações possíveis da Proposta	9
Contatos	10
Questões Específicas	11

## 1. Aspectos Gerais

A gestação é um fenômeno fisiológico e, na maior parte dos casos, sua evolução se dá sem intercorrências. Porém, há uma parcela pequena de gestantes que (por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas) apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco”.

A atenção à saúde na Gestação de Alto Risco é compreendida como o conjunto de ações e serviços que abrange a atenção humanizada à gestante de alto risco, ao recém-nascido de risco e à puérpera de risco, ofertando atenção integral e em tempo oportuno, considerando as condições clínicas, socioeconômicas e demográficas envolvidas, bem como as especificidades loco-regionais da rede de saúde.

A organização da atenção à saúde na Gestação de Alto Risco deve contemplar todos níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e competências correspondentes, de modo a assegurar: o pré-natal de alto risco, com a vinculação da gestante à maternidade onde será realizado o parto; atenção às intercorrências da gravidez, no parto ou puerpério; a regulação da totalidade dos leitos disponibilizados ao SUS; o acesso e atenção nas unidades neonatais e unidade intensiva adulto quando necessário; o encaminhamento responsável para serviços referenciados; as condições de privacidade da mulher e o direito à presença e permanência de acompanhante em todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério; o apoio ao aleitamento materno; o alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe, sempre que possível; o fornecimento de ações e serviços de orientação ao planejamento reprodutivo pós-parto e pós-abortamento à puérpera.

Nesse sentido, as diretrizes e os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco (GAR) foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde e estão previstas no Anexo II, Título III, da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

## 2. Acesso ao Sistema

2.1 - Inicialmente é necessário que todos os usuários acessem [www.saude.gov.br/saips](http://www.saude.gov.br/saips) para obtenção dos formulários previstos para solicitação de habilitação dos estabelecimentos no atendimento à gestação de alto risco (GAR).

2.2 - Após, o Cadastrador deverá solicitar ao Gestor (municipal, estadual ou do Distrito Federal) sua liberação para acesso ao Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS).

### Acesso do Cadastrador

- Apenas é possível acessar o SAIPS pessoas que forem previamente cadastradas pelo Gestor de Saúde do Fundo Municipal, Estadual ou do DF;
- O acesso deve ser realizado com o CPF. A senha é enviada para o *e-mail* informado no momento de cadastramento da pessoa física (Cadastrador);
- Caso tenha esquecido a senha, clique em “Nova Senha” e uma nova senha será enviada para o *e-mail* cadastrado.

### Senha de Acesso do Gestor

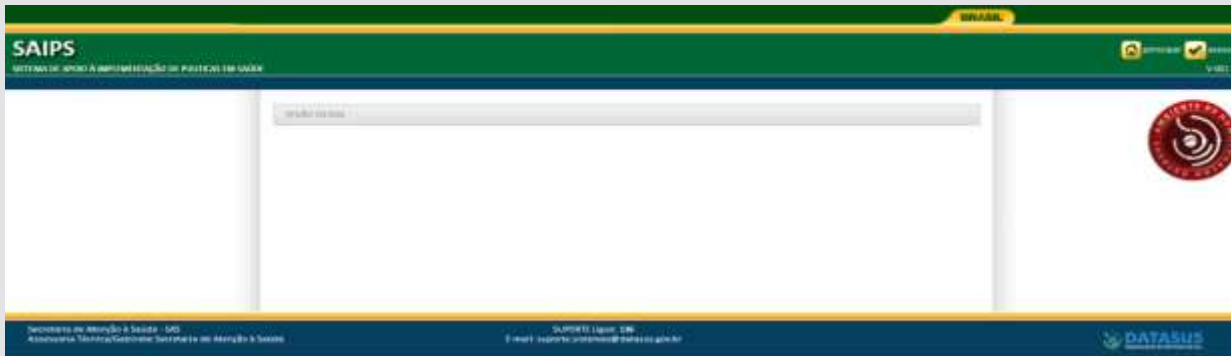
- A senha é a obtida na **Divisão de Convênio – DICON do MS** (mesma senha utilizada para acessar o sistema de cadastro de proposta do Fundo Nacional de Saúde);
- Caso tenha esquecido a senha, entre em contato com a DICON de seu estado.

#### **Importante**

- ✓ Os dados do estabelecimento deverão estar sempre atualizados no CNES. Isso possibilitará que as solicitações sejam analisadas com maior brevidade pelo MS.

### 3. Cadastro de Proposta

3.1 - Clique em acessar.

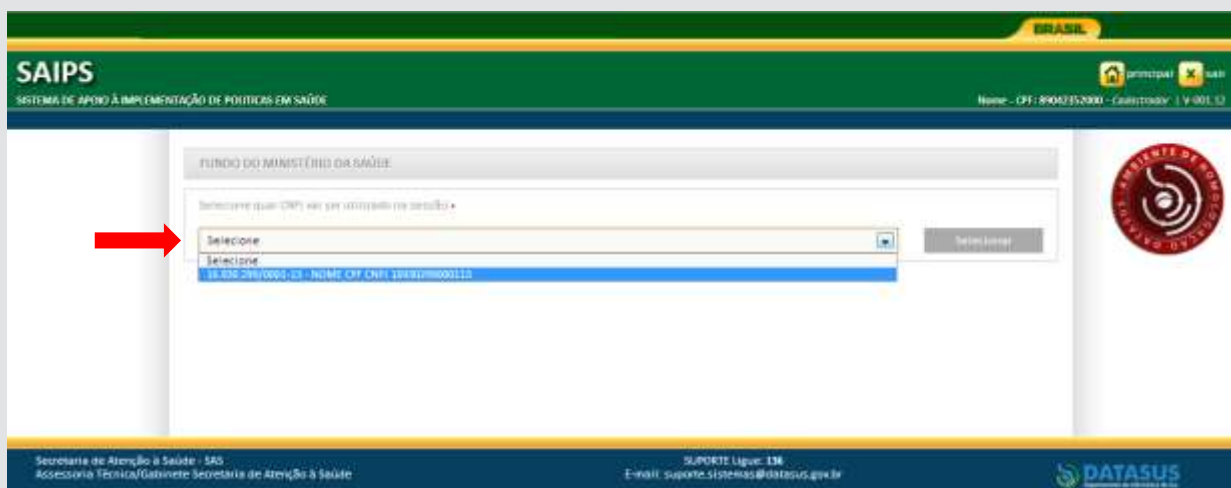


3.2 - Insira o CPF do cadastrador.

3.3 - Insira a senha recebida por e-mail e clique em acessar.



3.4 - Informe o CNPJ do Fundo Nacional, Estadual ou do DF em nome de quem a proposta será cadastrada.



3.5 - Selecione Cadastro para iniciar a inclusão da proposta.

3.6 - Informe se o CNPJ de acesso (é o mesmo para o qual o recurso deverá ser destinado).

3.7 - Selecione a “Rede/Programa”: Rede Cegonha.

3.8 - Campo “Justificativa”: Preenchimento obrigatório. Informar o tipo da habilitação em GAR (Tipo 1 ou Tipo 2).

3.9 - Clique em “Novo Estabelecimento de Saúde”.

### **Importante**

- ✓ Caso não consiga entrar com o CNPJ, a liberação deverá ser solicitada à CGSM. Do contrário, o município não terá acesso ao Componente;
- ✓ O Gestor Municipal, Estadual ou do DF deverá liberar o acesso do Cadastrador no perfil de área técnica Coordenação-Geral de Saúde da Mulher. Do contrário, o Cadastrador não conseguirá inserir as propostas.

3.10 - Selecione um “Componente/Serviço”:

- Serviço de Referência de Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco – Tipo 1; ou
- Serviço de Referência de Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco – Tipo 2.

3.11 - Insira o número do CNES do estabelecimento de saúde e clique em “Validar”.

3.12 - Insira o Tipo de Abrangência do estabelecimento de saúde (Municipal ou Regional/Estadual).

3.13 - No caso de Regional/Estadual, selecione, um a um, os municípios para os quais o estabelecimento de saúde é referência.

3.14 - Clique em “Salvar” a proposta sempre que necessário. Ao clicar em “Próxima Etapa”, ao fim da página, a proposta será automaticamente salva.

3.15 - Responda ao questionário para solicitar a habilitação em GAR (Tipo 1 ou Tipo 2).

3.16 - Salve a proposta à medida que for preenchendo as informações, pois o sistema possui tempo de expiração. Após 30 (trinta) minutos de inatividade a sessão do usuário é encerrada.

3.17 - Para devida análise da Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres - CGSMU, clique em “Enviar para o MS”.

#### **Importante**

- ✓ Os documentos escaneados devem estar com todas as informações e assinaturas legíveis.

#### **Lembrete**

- ✓ O campo Valor não deverá ser preenchido.
- ✓ O campo Latitude/Longitude não é de preenchimento obrigatório.

## 4. Consulta de Proposta

4.1 - Clique em consulta.

The screenshot shows the SAIPS (Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde) interface. The top navigation bar includes the logo and the text 'SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE'. Below this, there's a search form with various dropdown menus and input fields. A red arrow points to the 'Pesquisar' button. Below the form, there's a table with columns for 'Número da proposta', 'Status', 'Data de abertura', 'Data de encerramento', 'Valor', 'Valor de referência', 'Data de referência', 'Data de atualização', and 'Ações'. The table is currently empty. At the bottom, there's a footer with 'SECRETARIA DE SAÚDE - SUS' and 'SECRETARIA TÉCNICA - SECRETARIA DE SAÚDE - SUS'.

4.2 - Insira o número da proposta, clique em pesquisar e em visualizar proposta.

The screenshot shows the SAIPS interface with search results. The search form is filled with '8487' in the 'Número da proposta' field. A red arrow points to the 'Visualizar proposta' button. Below the form, there's a table with columns for 'Número da proposta', 'UF', 'Município', 'Plano', 'Valor/Programa/Componente/serviço', 'Situação', 'Valor', 'Valor de referência', 'Data de referência', 'Data de atualização', and 'Ações'. The table contains one row with the following data: '8487', 'MS', 'CÁDOR', 'SAÚDE COLETIVA E PROMOÇÃO DE SAÚDE', 'Atividade de apoio técnico - suporte de nível', 'Grupo de Referência de Atenção à Saúde em Gestão de Alta Risco - TGR', 'Incompleta', '0,00', '-', '-', '-', '-'. At the bottom, there's a footer with 'SECRETARIA DE SAÚDE - SUS' and 'SECRETARIA TÉCNICA - SECRETARIA DE SAÚDE - SUS'.

### Importante

Após análise, a proposta terá um dos seguintes *status*:

- ✓ Aprovada;
- ✓ Rejeitada; ou
- ✓ Em diligência.



## 5. Resposta de Diligências

- 5.1 - Clicar em **consulta**, inserir o número da proposta e clicar em pesquisar.
- 5.2 - Clicar no ícone ajustar proposta para realizar as adequações solicitadas.
- 5.3 - Apenas será possível alterar as informações que o técnico do MS colocar “em diligência”.

5.4 - Ler no histórico quais as alterações solicitadas pelo Parecerista e alterar somente o que foi referido no parecer.

5.5 - Após realizar todas as alterações, clicar em “Enviar para o MS”.

5.6 - Após nova análise, caso todas as adequações estejam atendidas, a proposta será aprovada.

### **Importante**

- ✓ Somente o “Cadastrador” poderá alterar os itens em diligência.
- ✓ O Gestor Municipal, Estadual ou do DF poderá visualizar a proposta, mas não alterá-la.

### **Dica**

- ✓ Acompanhe a proposta utilizando o número da proposta gerado pelo Sistema.

## 6. Situações possíveis da Proposta

- ✓ **Incompleta:** Quando a proposta ainda não foi finalizada pelo Cadastrador no município/estado.
- ✓ **A liberar:** Quando a proposta foi incluída pelo Cadastrador que não possui um perfil livre. Somente o Gestor Estadual/Municipal poderá visualizar e liberar a proposta para ser analisada pelo MS.
- ✓ **A priorizar:** Quando uma proposta possui um componente/serviço com a necessidade de ser priorizado para análise. Somente o Administrador e o Gestor Técnico do MS poderão liberar a proposta para ser analisada.
- ✓ **Enviada para o MS:** Quando a proposta foi finalizada pelo Cadastrador e está disponível para o Parecerista do MS realizar a análise inicial.
- ✓ **Em diligência:** Quando o Parecerista realiza a análise ou reanálise de uma proposta e a coloca para adequação. Ela ficará disponível para o Cadastrador ajustar a proposta e permanecerá com esse status até ser reenviada ao MS.
- ✓ **Reenviada para o MS:** Quando a proposta é ajustada após ser colocada em diligência, finalizada e enviada para MS pelo Cadastrador, ficando disponível para o Parecerista do MS reanalisar.
- ✓ **Aprovada:** Quando o Parecerista realiza a análise da proposta e a aprova, assim ela fica disponível para geração do memorando/portaria, inserção do número do processo/portaria e inativação.
- ✓ **Rejeitada:** Quando o Parecerista realiza a análise de uma proposta e a rejeita, assim ela fica apenas disponível para visualização.

## 7. Contatos

Dúvidas e mais informações deverão ser enviadas por e-mail para:

[saude.mulher@saude.gov.br](mailto:saude.mulher@saude.gov.br)

No campo Assunto deverá ser colocado:  
**Dúvidas e Informações SAIPS/GAR**

## 8. Questões Específicas

### 8.1 - GAR Tipo 1

Requisito	Tipo
1. Anexar Ofício de solicitação de habilitação do estabelecimento em GAR assinado pelo Gestor de Saúde (estadual, municipal ou do DF).	Arquivo
2. O estabelecimento está previsto no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha (PAR-RC)?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar resolução CIB ou CGSES/DF ou não)
3. Possui Resolução CIB ou CGSES/DF que contemple a inclusão do estabelecimento como referência em GAR?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar resolução CIB ou CGSES/DF ou não)
4. Anexar relatório da VISA (assinado, datado e com parecer conclusivo referente ao pleito).	Arquivo
5. Anexar declaração assinada pelo gestor (estadual, municipal ou do DF) que ateste a existência dos recursos humanos e de infraestrutura no estabelecimento.	Arquivo
6. Anexar declaração assinada contendo o total de partos cesáreos e normais realizados nos últimos 02 anos (conforme SIH e com seus respectivos desfechos).	Arquivo
7. O estabelecimento mantém quantidade de leitos de alto risco para atendimento SUS em conformidade com a Rede Cegonha (RC) e contemplada no Plano de Ação Regional (PAR)?	Lista de opções (sim ou N/A, o estabelecimento não está contemplado no PAR-RC)
8. Qual o total de leitos obstétricos/SUS (obstetrícia cirúrgica+clínica) do estabelecimento?	Texto
9. O estabelecimento adota boas práticas de atenção ao parto e nascimento?	Lista de opções (sim ou não)
10. O estabelecimento realiza atendimento de urgência e emergência 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções (sim ou não)
11. O estabelecimento fornece retaguarda às urgências e emergências obstétricas e neonatais atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede Cegonha em sua Região de Saúde e garante o encaminhamento responsável?	Lista de opções (sim ou não)
12. O estabelecimento garante vinculação de vaga para gestante, recém-nascido e puérpera de risco?	Lista de opções e Texto (sim, qual hospital? ou não)
13. O estabelecimento mantém alojamento conjunto para mãe e bebê?	Lista de opções (sim ou não)
14. O estabelecimento possui a comissão obrigatória de mortalidade materna?	Lista de opções (sim ou não)
15. O estabelecimento possui a comissão obrigatória de	Lista de opções (sim ou não)

mortalidade neonatal?	
16. O estabelecimento possui protocolo de acolhimento com classificação de risco no atendimento às urgências obstétricas, ginecológicas e neonatal?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar protocolo ou não)
17. O estabelecimento mantém todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para regulação pelas Centrais de Regulação?	Lista de opções (sim ou não)
18. O estabelecimento alimenta e atualiza os sistemas de informação obrigatórios do SUS?	Lista de opções (sim ou não)
19. O estabelecimento possui implantado o Método Canguru?	Lista de opções (sim ou não)
20. O estabelecimento mantém taxa de ocupação mínima de 85% dos leitos/SUS obstétricos?	Lista de opções (sim ou não)
21. O estabelecimento disponibiliza hemocomponentes 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar documento atualizado de formalização de seu fornecimento ou não)
22. O estabelecimento mantém estruturada equipe horizontal com no mínimo obstetra, pediatra e enfermeiro?	Lista de opções (sim ou não)
23. O estabelecimento construiu e mantém funcionando o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia?	Lista de opções (sim ou não)
24. O estabelecimento possui taxa de cesáreas menor ou igual a 30%?	Lista de opções e Arquivo (sim ou não, anexar declaração com % de cesariana do ano corrente e plano de redução de 10% ao ano até atingir a taxa estabelecida. Caso a maternidade seja a única referência regional para GAR, a redução anual de cesariana poderá ser de 5% ao ano desde que pactuado com o gestor de saúde local (se for o caso, informar).
25. O estabelecimento possui Ultrassonografia 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções (sim ou não)
26. O estabelecimento garante acesso à Ultrassonografia com Doppler quando necessário?	Lista de opções (sim ou não)
27. O estabelecimento possui Eletrocardiografia 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções (sim ou não)
28. O estabelecimento possui Cardiografia 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções (sim ou não)
29. O estabelecimento possui Serviço de Radiologia 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções (sim ou não)
30. O estabelecimento possui Laboratório Clínico 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções (sim ou não)
31. O estabelecimento possui Posto de Coleta de Leite Humano 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções (sim ou não)
32. O estabelecimento possui Assistente Social?	Lista de opções (sim ou não)
33. O estabelecimento possui Enfermeiro (de preferência enfermeiro obstetra)?	Lista de opções (sim ou não)
34. O estabelecimento possui Médico Anestesiologista 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar escala de profissionais atualizada ou não)

35. O estabelecimento possui Médico Obstetra 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar escala de profissionais atualizada ou não)
36. O estabelecimento possui Pediatra 24h/dia nos 7 dias da semana?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar escala de profissionais atualizada ou não)
37. O estabelecimento possui Nutricionista?	Lista de opções (sim ou não)
38. O estabelecimento possui Psicólogo?	Lista de opções (sim ou não)
39. O estabelecimento possui Farmacêutico?	Lista de opções (sim ou não)
40. O estabelecimento possui Técnico em Enfermagem 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar escala de profissionais atualizada ou não)
41. O estabelecimento possui UTI adulto/SUS?	Lista de opções (sim ou não)
42. O gestor possui Resolução CIB ou CGSES/DF de pactuação com outro estabelecimento de atendimento em UTI adulto (quando necessário)?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar CIB ou CGSES/DF da pactuação ou N/A)
43. O estabelecimento dispõe de 01 leito para estabilização da gestante ou puérpera (quando não possuir UTI adulto própria) até transferência para UTI adulto de referência?	Lista de opções (sim ou N/A)
44. O estabelecimento possui UTIN/SUS?	Lista de opções (sim ou não)
45. O estabelecimento possui UCINCO/SUS?	Lista de opções e Arquivo (sim ou não, anexar declaração de que o estabelecimento se compromete a disponibilizar UCINCO em até 01 ano da data da sua habilitação)
46. O estabelecimento possui UCINCA/SUS?	Lista de opções (sim ou não)
47. O estabelecimento mantém taxa de ocupação mínima de 90% dos leitos UTI, UCINCO e UCINCA?	Lista de opções (sim ou não)
48. O estabelecimento proporciona condições de permanência integral de um dos pais ou responsável em caso de internação (inclusive em UTIN e UCINCO)?	Lista de opções (sim ou não)
49. O estabelecimento garante acesso nas especialidades médicas e demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade da usuária?	Lista de opções (sim ou não)

## 8.2 - GAR Tipo 2

Requisito	Tipo
1. Anexar Ofício de solicitação de habilitação do estabelecimento em GAR assinado pelo Gestor de Saúde (estadual, municipal ou do DF).	Arquivo
2. O estabelecimento está previsto no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha (PAR-RC)?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar resolução CIB ou CGSES/DF ou não)
3. Possui Resolução CIB ou CGSES/DF que contemple a inclusão do estabelecimento como referência em GAR?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar resolução CIB ou CGSES/DF ou não)
4. Anexar relatório da VISA (assinado, datado e com parecer conclusivo referente ao pleito).	Arquivo
5. Anexar declaração assinada pelo gestor (estadual, municipal ou do DF) que ateste a existência dos recursos humanos e de infraestrutura no estabelecimento.	Arquivo
6. Anexar declaração assinada contendo de partos cesáreos e normais realizados nos últimos 02 anos (conforme SIH e com seus respectivos desfechos)	Arquivo
7. O estabelecimento mantém quantidade de leitos de alto risco para atendimento SUS em conformidade com a Rede Cegonha (RC) e contemplada no Plano de Ação Regional (PAR)?	Lista de opções (sim ou N/A, o estabelecimento não está contemplado no PAR-RC)
8. Qual o total de leitos obstétricos/SUS (obstetrícia clínica+cirúrgica) do estabelecimento?	Texto
9. O estabelecimento adota boas práticas de atenção ao parto e nascimento?	Lista de opções (sim ou não)
10. O estabelecimento realiza atendimento de urgência e emergência 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções (sim ou não)
11. O estabelecimento fornece retaguarda às urgências e emergências obstétricas e neonatais atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede Cegonha em sua Região de Saúde e garante o encaminhamento responsável?	Lista de opções (sim ou não)
12. O estabelecimento garante vinculação de vaga para gestante, recém-nascido e puérpera de risco?	Lista de opções e Texto (sim, qual hospital? ou não)
13. O estabelecimento mantém alojamento conjunto para mãe e bebê?	Lista de opções (sim ou não)
14. O estabelecimento possui a comissão obrigatória de mortalidade materna?	Lista de opções (sim ou não)
15. O estabelecimento possui a comissão obrigatória de mortalidade neonatal?	Lista de opções (sim ou não)
16. O estabelecimento possui protocolo de acolhimento com classificação de risco no atendimento às urgências obstétricas, ginecológicas e neonatal?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar protocolo ou não)
17. O estabelecimento mantém todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para regulação pelas Centrais de Regulação?	Lista de opções (sim ou não)
18. O estabelecimento alimenta e atualiza os sistemas de	Lista de opções (sim ou não)



informação obrigatórios do SUS?	
19. O estabelecimento possui implantado o Método Canguru?	Lista de opções (sim ou não)
20. O estabelecimento mantém taxa de ocupação mínima de 85% dos leitos/SUS obstétricos?	Lista de opções (sim ou não)
21. O estabelecimento construiu e mantém funcionando o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia?	Lista de opções (sim ou não)
22. O estabelecimento possui taxa de cesáreas menor ou igual a 35%?	Lista de opções e Arquivo (sim ou não, anexar declaração contendo % de cesariana do ano corrente e plano de redução de 10% ao ano até atingir a taxa estabelecida. Caso a maternidade seja a única referência regional para GAR, a redução anual de cesariana poderá ser de 5% ao ano desde que pactuado com o gestor de saúde local (se for o caso, informar).
23. O estabelecimento possui Ultrassonografia com Doppler 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções (sim ou não)
24. O estabelecimento possui Eletrocardiografia 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções (sim ou não)
25. O estabelecimento possui Cardiotografia 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções (sim ou não)
26. O estabelecimento possui Serviço de Radiologia 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções (sim ou não)
27. O estabelecimento possui Laboratório Clínico 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções (sim ou não)
28. O estabelecimento possui Banco de Leite Humano?	Lista de opções (sim ou não)
29. O estabelecimento possui Posto de Coleta de Leite Humano com referência pactuada a um Banco de Leite Humano com fluxos e encaminhamentos aprovados pela VISA?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar documento de pactuação atualizado ou N/A)
30. O estabelecimento possui Assistente Social?	Lista de opções (sim ou não)
31. O estabelecimento possui Enfermeiro Obstetra 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar escala de profissionais atualizada ou não)
32. O estabelecimento possui Fisioterapeuta?	Lista de opções (sim ou não)
33. O estabelecimento possui Fonoaudiólogo?	Lista de opções (sim ou não)
34. O estabelecimento possui Médico Anestesiologista 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar escala de profissionais atualizada ou não)
35. O estabelecimento possui Clínico Geral 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar escala de profissionais atualizada ou não)
36. O estabelecimento possui Médico Obstetra 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar escala de profissionais atualizada ou não)
37. O estabelecimento possui Médico Neonatologista ou Intensivista Pediátrico 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar escala de profissionais atualizada ou não)
38. O estabelecimento possui Pediatra 24h/dia nos 07	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar escala

dias da semana?	de profissionais atualizada ou não)
39. O estabelecimento possui Nutricionista?	Lista de opções (sim ou não)
40. O estabelecimento possui Psicólogo?	Lista de opções (sim ou não)
41. O estabelecimento possui Farmacêutico?	Lista de opções (sim ou não)
42. O estabelecimento possui Técnico em Enfermagem 24h/dia nos 07 dias da semana?	Lista de opções e Arquivo (sim, anexar escala de profissionais atualizada ou não)
43. O estabelecimento possui UTI adulto/SUS?	Lista de opções (sim ou não)
44. O gestor possui Resolução CIB ou CGSES/DF de pactuação com outro estabelecimento de atendimento em UTI adulto (quando necessário)?	Lista de opções e Arquivo (sim ou não, anexar a Resolução CIB ou CGSES/DF de pactuação com outro estabelecimento de atendimento em UTI adulto)
45. O estabelecimento dispõe de 01 leito para estabilização da gestante ou puérpera (quando não possuir UTI adulto própria) até transferência para UTI adulto de referência?	Lista de opções (sim ou N/A)
46. O estabelecimento possui UTIN/SUS?	Lista de opções e Arquivo (sim ou não, anexar declaração de que o estabelecimento se compromete a disponibilizar UTIN em até 01 ano da data da sua habilitação)
47. O estabelecimento possui UCINCO/SUS?	Lista de opções (sim ou não)
48. O estabelecimento possui UCINCA/SUS?	Lista de opções (sim ou não)
49. O estabelecimento mantém taxa de ocupação mínima de 90% dos leitos UTI, UCINCO e UCINCA?	Lista de opções (sim ou não)
50. O estabelecimento proporciona condições de permanência integral de um dos pais ou responsável em caso de internação (inclusive em UTIN e UCINCO)?	Lista de opções (sim ou não)
51. O estabelecimento garante acesso nas especialidades médicas e demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade da usuária?	Lista de opções (sim ou não)