



Prefeitura de Porto Alegre
Secretaria Municipal da Saúde
Gerência de Regulação de Serviços de Saúde



DOCUMENTO DESCRITIVO ASSISTENCIAL

HOSPITAL BANCO DE OLHOS

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2 - MS

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, 04 de agosto de 2021

DOCUMENTO DESCRITIVO**1. IDENTIFICAÇÃO**

Razão Social: ASSOCIAÇÃO DE LITERATURA E BENEFICÊNCIA		CNPJ:	92962869002006
HOSPITAL BANCO DE OLHOS		CNES:	2237881
Endereço:			
RUA ENG WALTER BOEHL, 285			
Cidade:	UF:	CEP:	DDD/Telefone:
PORTO ALEGRE	RS	91360090	(051) 30183100
Conta Corrente:	Banco:	Agência:	Praça de Pagamento:
00902186-8	CEF	2515	Porto Alegre
Responsável Legal: Denise Cristina Miranda			CPF:967.873.840-68
Responsável Técnico: Fausto Stangler			CREMERS: 29.140
Diretor administrativo:		CPF:	
Luciano Castro Gomes de Mello		438.883.480-72	
Endereço:			CEP:
RUA ENG. WALTER BOEHL, 285 BAIRRO VILA IPIRANGA			91360090

CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Geral		<input checked="" type="checkbox"/> Especializado	
Natureza	<input type="checkbox"/> Público	<input checked="" type="checkbox"/> Filantrópico		<input checked="" type="checkbox"/> Privado
Número de Leitos	20 Geral		12 SUS	
Serviço de Urgência e Emergência	<input checked="" type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
Demanda	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea		<input checked="" type="checkbox"/> Referenciada	
Habilitação em Alta Complexidade	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	TRANSPLANTE, REABILITAÇÃO VISUAL <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Número de Leitos de UTI Tipo I SUS	Adulto	___ Pediátrico	___ Neonatal	
Número de Leitos de UTI Tipo II SUS	Adulto	___ Pediátrico	___ Neonatal	
Número de Leitos de UTI Tipo III	___ Adulto Pediátrico_Neonatal	
Inserção nas Redes Temáticas de Saúde	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não		
Comissão de Infecção hospitalar:	DRA. FERNANDA HAMMES VARELA			
Comissão de Ética:	DR. GUILHERME FERNANDES DIEHL			
Comissão de Prontuários Médicos	DR. FAUSTO STANGLER			

2.1 ESTRUTURA FÍSICA		
I – URGÊNCIA/ERGÊNCIA		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	2	0
ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	2	0
SALA DE PEQUENAS CIRURGIAS	0	0
II - AMBULATORIAL		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLINICAS ESPECIALIZADAS	10	0
III -HOSPITALAR		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
SALA DE CIRURGIA	6	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE RECUPERAÇÃO	1	12
IV – HOSPITALAR - LEITOS		
ESPEC -CLÍNICO		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
13- CLÍNICA GERAL	4	2
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
11-OFTALMOLOGIA	16	10
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR	20	12
IV - SERVIÇO DE APOIO		
Serviço:	Característica:	
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO	
FARMACIA	PROPRIO	
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO	
NUTRICA O E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO	
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PROPRIO	
SERVICO DE MANUTENCA O DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO	
SERVICO SOCIAL	PROPRIO	

EQUIPAMENTOS			
EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS
ULTRASSOM ECÓGRAFO	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS
CONTROLE AMBIENTAL/AR CONDICIONADO CENTRAL	9	9	SIM
GRUPO GERADOR	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS
MONITOR DE ECG	15	15	SIM
REANIMADOR PULMONAR/AMBU	2	2	SIM
RESPIRADOR/VENTILADOR	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS ÓPTICOS			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS
MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	7	7	SIM
RESÍDUOS/REJEITOS			

COLETA SELETIVA DE REJEITO:

RESÍDUOS BIOLÓGICOS

RESÍDUOS COMUNS

RESÍDUOS QUÍMICOS

fonte: CNES/DATASUS

3 METAS FÍSICO-FINANCEIRAS		
MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL		
PROCEDIMENTOS	META PACTUADA PARA O ANO VIGENTE	
	quant/mês	valor/mês
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica		
..01 Coleta de material	6	R\$ 161,04
..05 Diagnóstico por ultra-sonografia		
....02 Ultra-sonografias dos demais sistemas	100	R\$ 2.420,00
..11 Métodos diagnósticos em especialidades	7.000	R\$ 66.864,75
03 Procedimentos clínicos		
..01 Consultas / Atendimentos / Acompanham.	12.762	R\$ 84.965,41
..03 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	81	R\$ 2.394,60
04 Procedimentos cirúrgicos		
..05 Cirurgias do aparelho da visão		
....01 Palpebra e vias lacrimais	80	R\$ 5.624,27
....02 Músculos oculomotores	15	R\$ 12.844,50
....03 Corpo vítreo, retina, coróide e esclera	306	R\$ 21.813,40
....04 Cavidade orbitária e globo ocular	12	R\$ 3.594,72
....05 Conjuntiva, córnea, câm ant., íris, c.ciliar, crist.	300	R\$ 44.717,33
..17 Anestesiologia	70	R\$ 5.880,00
07 Órteses, próteses e materiais especiais	73	R\$ 15.794,85
TOTAL	20.805	R\$ 267.074,87

MÉDIA COMPLEXIDADE - INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PROCEDIMENTOS	META PACTUADA PARA O ANO VIGENTE	
	FREQUÊNCIA	VALOR
03 Procedimentos clínicos		
..01 Consultas / Atendimentos / Acompanh.	2	R\$ 96,44
..03 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	4	R\$ 1.348,36
04 Procedimentos cirúrgicos		
..05 Cirurgias do aparelho da visão		
....01 Palpebras e vias lacrimais	4	R\$ 265,96
....02 Músculos oculomotores	3	R\$ 2.360,64
....03 Corpo vítreo, retina, coróide e esclera	23	R\$ 40.195,65
....04 Cavidade orbitária e globo ocular	8	R\$ 3.430,88
....05 Conjuntiva, córnea, câm ant., íris, c.ciliar, crist.	4	R\$ 1.283,16
TOTAL	48	R\$ 48.981,09

ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL		
PROCEDIMENTOS	META PACTUADA PARA O ANO VIGENTE	
	quant/mês	valor/mês
04 Procedimentos cirúrgicos		
..05 Cirurgias do aparelho da visão	150	R\$ 118.877,00
TOTAL	150	R\$ 118.877,00

INTERNAÇÃO ALTA COMPLEXIDADE		
PROCEDIMENTOS	META PACTUADA PARA O ANO VIGENTE	
	quant/mês	valor/mês
04 Procedimentos cirúrgicos		
..05 Cirurgias do aparelho da visão		
....01 Pálpebras e vias lacrimais	1	R\$ 650,66
....03 Corpo vítreo, retina, coróide e esclera	96	R\$ 319.911,73
....04 Cavidade orbitária e globo ocular	2	R\$ 674,10
....05 Conjuntiva, córnea, câm ant., íris, c.ciliar, crist.	6	R\$ 4.677,12
TOTAL	105	R\$ 325.913,61

FAEC AMBULATORIAL		
PROCEDIMENTOS	META PACTUADA PARA O ANO VIGENTE	
	quant/mês	valor/mês
05. Transplantes de órgãos, tecidos e células		
..05 Transplante de tecidos e células	10	R\$ 19.930,20

..06 Acompanhamento e interc. Pós transplante	10	R\$ 5.750,00
TOTAL	20	R\$ 25.680,20

FAEC HOSPITALAR		
PROCEDIMENTOS	META PACTUADA PARA O ANO VIGENTE	
	quant/mês	valor/mês
04 Procedimentos cirúrgicos	0	
..15 outras cirurgias	3	R\$ 6.378,00
TOTAL	3	R\$ 6.378,00

OFERTA PRIMEIRAS CONSULTAS PARA CMCE *

SUBESPECIALIDADES	OFERTA/MÊS
OFTALMOLOGIA RETINOPATIA DIABÉTICA(CS IAPI)	35
OFTALMOLOGIA CATARATA	285
OFTALMOLOGIA DESCOLAMENTO DE RETINA (CS IAPI)	40
OFTALMOLOGIA RETINA – AMBULATÓRIO	16
OFTALMOLOGIA UVEÍTE	12
OFTALMOLOGIA CÓRNEA	20
OFTALMOLOGIA GLAUCOMA	4
OFTALMOLOGIA ADULTO	288
OFTALMOLOGIA ESTRABISMO	40
LINHA DO CUIDADO OFTALMOLÓGICO (CS IAPI)	35
NEURO OFTALMOLOGIA	12
OFTALMOLOGIA GERAL - PLÁSTICA	24
OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA	44
CAPSULOTOMIA E YAG LASER	15
REABILITAÇÃO VISUAL	30
TOTAL	900

* Agenda poderá ser alterada durante o contrato, conforme interesse do gestor em negociação com o prestador