



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado de Saúde

Coordenação de Gestão de Cuidados Intensivos Hospitalares

Nota Técnica nº 14/SES/SUBRAS-SPAH-DAHUE-CGCIH/2024

PROCESSO Nº 1320.01.0025405/2024-38

ASSUNTO: HABILITAÇÃO MINISTERIAL DOS PRESTADORES DE SERVIÇO COMO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC).

Esta Nota Técnica tem por objetivo atualizar a **Nota Técnica nº 2/SES/SUBRAS-SPAH-DAHUE-CGCIH/2024**, que apresentou orientações a respeito do processo de habilitação ministerial dos prestadores de serviço como **Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC)**. O processo de habilitação ministerial pode ser solicitado pelo prestador de serviço credenciado U-AVCE (Unidade de Acidente Vascular Cerebral Estadual) ou qualquer outro prestador que se enquadre nos critérios estabelecidos em conformidade com a base legal.

A Unidade Regional de Saúde deve encaminhar o processo SEI para análise da Coordenação de Gestão de Cuidados Intensivos Hospitalares (CGCIH), anexando toda a documentação exigida de acordo com a tipologia a ser pleiteada pelo beneficiário e em conformidade com as orientações contidas nesta Nota Técnica. Somente devem ser encaminhados para análise da CGCIH processos com documentação completa. **Atenção para alteração no modelo da planilha de impacto financeiro (97433617).**

A CGCIH procederá com a análise da documentação, emissão do Parecer Técnico e encaminhamento do processo para homologação em CIB/SUS, na hipótese de Parecer Técnico favorável. A homologação será feita em conformidade com o cronograma de reuniões CIB/SUS publicado. Em se tratando de Parecer Técnico desfavorável, a CGCIH devolverá o processo para a Unidade Regional.

Após homologação do Parecer Técnico favorável em CIB/SUS e publicação da referida Deliberação CIB/SUS de habilitação, **a CGCIH realizará o cadastro da solicitação de habilitação no Sistema de Apoio à Implantação de Política em Saúde (SAIPS) de todos os municípios do Estado e dará ciência a Unidade Regional sobre o andamento da proposta.**

A equipe técnica da GCGIH fará o monitoramento do processo até que seja publicada a Portaria ministerial de habilitação.

BASE LEGAL

Considerando a Portaria GM/MS nº 665, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral - AVC, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC;

Considerando a Portaria GM/MS nº 800, de 17 de junho de 2015, que altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria GM/MS nº 665, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral - AVC, no âmbito do SUS, institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC;

Considerando a Portaria GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.213, de 16 de setembro de 2020, que aprova a Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, estabelece os seus módulos e dá outras providências;

Considerando a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.410, de 19 de maio de 2021, que aprova as estratégias de fortalecimento da Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Minas Gerais;

Considerando a Resolução SES/MG nº 7.927, de 14 de dezembro de 2021, que dispõe sobre o credenciamento de Hospitais como Unidade de Acidente Vascular Cerebral Estadual - U-AVCE, define os potenciais beneficiários, e dá outras providências;

Considerando a Resolução SES/MG nº 8.954, de 17 de agosto de 2023, que altera a Resolução SES/MG nº 8.596, de 14 de fevereiro de 2023, que dispõe sobre a atualização dos valores dos hospitais credenciamentos como Unidade de Acidente Vascular Cerebral Estadual - U-AVCE, e alteração dos hospitais potenciais beneficiários, e dá outras providências;

Considerando a Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.508, de 06 de dezembro de 2023, que aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.095, de 14 de fevereiro de 2023, que atualiza os valores dos hospitais credenciados como Unidade de Acidente Vascular Cerebral Estadual (UAVCE), a alteração dos hospitais potenciais beneficiários, e dá outras providências.

Considerando a Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.593, de 21 de fevereiro de 2024, que aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.095, de 14 de fevereiro de 2023, que atualiza os valores dos hospitais credenciados como Unidade de Acidente Vascular Cerebral Estadual (U-AVCE), a alteração dos hospitais potenciais beneficiários, e dá outras providências.

DA HABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES COMO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM AVC NO ÂMBITO DO SUS (PORTARIA Nº. 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012)

Conforme consta na Portaria GM/MS nº 665/2012:

"Art. 4º Para fins de tratamento aos pacientes com AVC, os Centros de Atendimento de Urgência serão classificados como Tipo I, Tipo II ou Tipo III.

Art. 5º Serão habilitados como **CENTROS DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO I** os estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que disponibilizam e **realizam o procedimento** com o uso de trombolítico (03.03.04.030-0), conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específico, e que cumpram os seguintes requisitos:

I - realizar atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;

II - realizar exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;

III - dispor de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC);

IV - disponibilizar protocolos clínicos e assistenciais escritos;

V - fornecer cobertura de atendimento neurológico, disponível em até 30 (trinta) minutos da admissão do paciente (plantão presencial, sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina/telessaúde); ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015](#))

VI - possuir leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo, com médico vinte e quatro horas por dia e equipe treinada para o atendimento, podendo ser no serviço de urgência ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI);

VII - **possuir Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)**; ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015](#))

VIII - realizar serviço de laboratório clínico em tempo integral;

IX - **dispor de equipe neurocirúrgica 24 (vinte e quatro) horas/dia, seja ela própria, presencial ou disponível em até duas horas, ou referenciada, disponível em até duas horas**; e ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015](#))

X - realizar tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas. ([Redação dada pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015](#))

§ 1º Entende-se por telemedicina/telessaúde para tratamento agudo do AVC a utilização de sistemas de comunicação ou teleconferência que incluam ou não o compartilhamento de vídeo, som e dados de neuroimagem, permitindo a avaliação remota de um paciente com suspeita de AVC por um neurologista com experiência em AVC, preferencialmente vinculado a um Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC. ([Acrescido pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015](#))

§ 2º Na avaliação referida no § 1º do art. 5º, o sistema de comunicação ou teleconferência deve

permitir que o neurologista realize: [\(Acrescido pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015\)](#)

I - checagem da história clínica e do exame neurológico, se necessário, do referido paciente, conversando ou visualizando e, sobretudo, interagindo em tempo real com o paciente e a equipe médica à distância para o cuidado ao paciente com AVC; [\(Acrescido pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015\)](#)

II - deve-se avaliar, em tempo real, a neuroimagem realizada logo após sua aquisição no equipamento remoto (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de crânio), através de um software de transmissão de imagem, com visualizador que tenha ajuste do centro e largura da janela da imagem e transferência de dados segura, quando necessitar de trombólise; e [\(Acrescido pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015\)](#)

III - todo o cuidado ao paciente com AVC para redução da morbidade e sequelas, considerando seus riscos. [\(Acrescido pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015\)](#)

Art. 6º Serão habilitados como **CENTROS DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO II** os estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que cumpram todos os requisitos exigidos no art. 5º desta Portaria e que disponham de:

I - Unidade de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo), que deverá:

a) ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais); [\(Alterado pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015\)](#)

b) realizar atendimento ao paciente com AVC agudo até setenta e duas horas de internação oferecendo, inclusive, tratamento trombolítico endovenoso para o AVC isquêmico;

c) realizar atendimento de forma multiprofissional, com a inclusão de fisioterapia e fonoaudiologia; e

d) garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista;

II - realização dos seguintes procedimentos:

a) Eletrocardiograma (ECG);

b) serviço de laboratório clínico em tempo integral;

c) serviço de radiologia;

III - garantia do acesso, por intermédio de termo de compromisso, nos termos do anexo IV a esta Portaria, aos seguintes procedimentos:

a) ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais); [\(Redação dada pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015\)](#)

b) ressonância magnética;

c) angioressonância;

d) ecodoppler transcraniano; e

e) neuroradiologia intervencionista.

f) ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico; e [\(Acrescido pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015\)](#)

g) angiografia; [\(Acrescido pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015\)](#)

§ 1º Entende-se por U-AVC Agudo, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 5 (cinco) leitos no mesmo espaço físico, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado aos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório), durante a fase aguda (até 72 horas da internação) e oferecer tratamento trombolítico endovenoso.

§ 2º Cada U-AVC Agudo deve possuir os seguintes recursos:

I - recursos humanos:

a) **um responsável técnico neurologista, com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC;**

b) médico vinte e quatro horas por dia;

c) enfermeiro vinte e quatro horas por dia;

d) um técnico de enfermagem exclusivo para cada quatro leitos, vinte e quatro horas por dia;

e) suporte diário de fisioterapeuta;

f) suporte diário de fonoaudiólogo; e

g) suporte de neurologista, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, inclusive feriados;

II - recursos materiais:

- a) camas hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;
- b) um estetoscópio por leito;
- c) pelo menos dois equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada três leitos;
- d) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;
- e) materiais para aspiração;
- f) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais:
 - i. equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu);
 - ii. cabos e lâminas de laringoscópio;
 - iii. tubos/cânulas endotraqueais;
 - iv. fixadores de tubo endotraqueal;
 - v. cânulas de Guedel;
 - vi. fio guia estéril;
- g) um equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade;
- h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade;
- i) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar por unidade;
- j) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada 5 (cinco) leitos;
- l) cilindro transportável de oxigênio;
- m) uma máscara facial com diferentes concentrações de oxigênio para cada três leitos; e
- n) um monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura, para cada leito.

§ 3º As unidades da federação que não cumprirem os critérios de habilitação descritos neste artigo e tiverem necessidade de U-AVC Agudo no contexto da Rede de Urgência e Emergência poderão solicitar a referida habilitação, que será analisada e definida pelo Ministério da Saúde em ato específico. ([Acrescido pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015](#))

Art. 7º Serão habilitados como **CENTROS DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III** aos pacientes com AVC, os estabelecimentos hospitalares que cumprirem **todos os requisitos exigidos nos arts. 5º e 6º e que disponham de:**

- I - Unidade de Cuidado Integral ao AVC (U-AVC Integral), que inclui a Unidade de Cuidado Agudo ao AVC, podendo compartilhar ou não o mesmo espaço físico;
- II - no mínimo, dez leitos;
- III - atendimento da totalidade dos casos de AVC agudo admitidos na instituição, exceto aqueles que necessitarem de terapia intensiva e aqueles para os quais for definido por suporte com cuidados paliativos;
- IV - tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa;
- V - ambulatório especializado, preferencialmente próprio, podendo também ser referenciado, para dar suporte à RUE;

§ 1º Entende-se por U-AVC Integral, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 10 (dez) leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até quinze dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa.

§ 2º A U-AVC Integral deve possuir os seguintes recursos:

I - recursos humanos:

- a) **1 (um) responsável técnico neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC;**
- b) um médico, vinte e quatro horas por dia;
- c) suporte de neurologista, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, inclusive feriados;
- d) um enfermeiro exclusivo na unidade;
- e) um técnico de enfermagem para cada quatro leitos;

- f) um fisioterapeuta para cada dez leitos, seis horas por dia;
- g) um fonoaudiólogo para cada dez leitos, seis horas por dia;
- h) um terapeuta ocupacional para cada dez leitos, seis horas por dia;
- i) um assistente social, seis horas por dia, de segunda a sexta-feira;
- j) suporte de psicólogo, nutricionista e farmacêutico na instituição;

II - recursos materiais:

- a) camas hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;
- b) um estetoscópio por leito;
- c) dois equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada três leitos;
- d) cinquenta por cento dos leitos com capacidade para monitoração contínua de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, eletrocardiografia, temperatura, pressão arterial não invasiva;
- e) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;
- f) uma máscara facial que permite diferentes concentrações de oxigênio para cada cinco leitos;
- g) materiais para aspiração;
- h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade;
- i) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais:
 - i. equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu);
 - ii. cabos e lâminas de laringoscópio;
 - iii. tubos/cânulas endotraqueais;
 - iv. fixadores de tubo endotraqueal;
 - v. cânulas de Guedel; e
 - vi. fio guia estéril;
- j) um equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade;
- l) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico por unidade;
- m) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada dez leitos; e
- n) cilindro transportável de oxigênio.

§ 3º A U-AVC Integral deve monitorar e registrar os seguintes indicadores assistenciais e de processo:

I - profilaxia para trombose venosa profunda iniciada até o segundo dia;

II - alta hospitalar em uso de antiagregante plaquetário em pacientes com AVC não cardioembólico, salvo situações específicas que dependam da análise do quadro clínico do paciente;

III - alta hospitalar em uso de anticoagulação oral para pacientes com Fibrilação Atrial (FA) ou "Flutter", salvo contra-indicações;

IV - uso de antiagregantes plaquetários, quando indicado, iniciado até o segundo dia de internação;

V - alta hospitalar em uso de estatina para pacientes com AVC aterotrombótico, salvo contra-indicações;

VI - alta hospitalar com plano de terapia profilática e de reabilitação;

VII - porcentagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda atendidos na Unidade de AVC;

VIII - o tempo de permanência hospitalar do paciente acometido por AVC visando redução do mesmo;

IX - as seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato urinário;

X - CID-10 específico do tipo de AVC à alta hospitalar;

XI - mortalidade hospitalar por AVC, visando redução da mesma;

XII - tempo porta-tomografia < 25 minutos; e

XIII - tempo porta-agulha < 60 minutos.

§ 4º As unidades da federação que não cumprirem os critérios de habilitação definidos neste artigo e tiverem necessidade de U-AVC Integral no contexto da Rede de Urgência e Emergência poderão

solicitar a referida habilitação, que será analisada e definida pelo Ministério da Saúde em ato específico. ([Acrescido pela PRT GM/MS nº 800 de 17.06.2015](#))"

A Portaria nº GM/MS nº 665/2012 prevê, no Art. 10, a implantação de 20 leitos de Unidade de Acidente Vascular Cerebral para cada 800 atendimentos por ano no procedimento 03.03.04.014-9 (tratamento de AVC isquêmico ou hemorrágico agudo).

Após estudo feito na SES-MG segue necessidade estimada de leitos e déficit por macrorregião de saúde :

Macrorregião saúde	Necessidade de leitos	Leitos existentes	Déficit
3103 CENTRO	195	86	-109
3107 SUDESTE	67	30	-37
3108 NORTE	61	20	-41
3113 TRIANGULO DO NORTE	43	5	-38
3115 EXTREMO SUL	43	20	-23
3105 OESTE	43	15	-28
3116 SUDOESTE	36	15	-21
3101 SUL	35	0	-35
3111 NORDESTE	32	0	-32
3102 CENTRO SUL	27	5	-22
3106 LESTE	26	0	-26
3112 TRIANGULO DO SUL	20	0	-20
3114 VALE DO AÇO*	19	25	6
3110 LESTE DO SUL	19	0	-19
3104 JEQUITINHONHA	18	0	-18
3109 NOROESTE	18	0	-18
TOTAL	701	221	-480

* Na macrorregião Vale do Aço há superávit de 6 leitos

Fonte: SIH/DATASUS.

No intuito de proporcionar a integralidade do cuidado ao paciente com AVC e considerando a necessidade de leitos de cada macrorregião, **é de suma importância que os prestadores de serviço sejam incentivados a pleitear habilitações que contemplem o financiamento de leitos em AVC**. Nesse sentido, conforme previsão legal o Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC Tipo II com o mínimo 5 (cinco) leitos e Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC Tipo III com o mínimo de 10 (dez) leitos.

AÇÕES NECESSÁRIAS PARA O PROCESSO DE HABILITAÇÃO EM CASO DE MACRORREGIÃO QUE NÃO DISPUSER DE PLANO DE AÇÃO REGIONAL APROVADO

Em conformidade com a Portaria GM/MS nº 800, de 17 de junho de 2015:

"Art. 8º [...] § 6º As localidades e regiões que ainda não dispuserem do PAR (Plano de Ação Regional) , conforme descrito em inciso I do 'caput', e forem consideradas estratégicas para implantação da Linha de Cuidado ao AVC pelos gestores estaduais e municipais, poderão pleitear habilitação para o Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC Tipo I, II ou III, mediante a apresentação dos documentos descritos no § 7º deste artigo e parecer técnico da CGMAC/DAET/SAS/MS, além do cumprimento das regras desta Portaria, com exceção do inciso I do 'caput' do presente artigo."

Ressaltamos que no caso de macrorregião que não dispuser de PAR aprovado, é necessário uma Deliberação CIB/SUS aprovando os leitos em Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC.

"§ 7º Para o cumprimento do § 6º do 'caput' deste artigo, os gestores deverão encaminhar à CGMAC/DAET/SAS/MS os seguintes documentos:

I - comprovação da cobertura do componente SAMU 192 da Rede de Urgência e Emergência;

II - comprovação da existência de pontos de atenção de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou serviços de urgências;

III - cobertura mínima, pela Atenção Básica, de 50% (cinquenta por cento) da população;

IV - expediente ou termo de compromisso que comprove articulação com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares de retaguarda e com outros serviços de atenção à saúde para promoção da reabilitação, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, ordenando tais fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica instaladas na região; e

V - expediente que comprove a aprovação da CIR e da CIB para a referida implantação da Linha de Cuidado ao AVC e habilitação do respectivo Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC Tipo I, II ou III."

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O PROCESSO DE HABILITAÇÃO

Para instrução completa do processo de habilitação favor considerar os documentos e modelos listados no documentos (82593470) e (82593714) conforme as legislações vigentes e seguindo o fluxo estadual de habilitação (se inicia no município, passa pela Regional de Saúde e posteriormente é encaminhado, via SEI, para o Nível Central da SES-MG, para a unidade SES/SUBRAS-SPAH-DAHUE-CGCIH da Coordenação de Gestão de Cuidados Intensivos Hospitalares).

Ressalta-se que a partir de 01/10/2024 CGCIH realizará o cadastro da solicitação de habilitação no Sistema de Apoio à Implantação de Política em Saúde (SAIPS) de todos os municípios do Estado e dará ciência a Unidade Regional sobre o andamento da proposta.

Atenção ao preenchimento das informações relativas ao **impacto financeiro**. O prestador/município deverá utilizar **novo modelo de planilha** conforme planilha (97433617).

HOSPITAIS ELEGÍVEIS PARA HABILITAÇÃO MINISTERIAL (ATUALMENTE CREDENCIADOS COMO UNIDADE DE AVC ESTADUAL - U-AVCE)

Conforme consta nos Termos de Compromisso celebrados entre a SES/MG e os municípios contemplados com U-AVCE credenciadas, "**o município deve solicitar ao Ministério da Saúde a Habilitação como Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC (Tipo I ou Tipo II ou Tipo III) em até seis meses após o credenciamento em U-AVCE.**"

Segue abaixo lista dos atuais credenciados e respectivos mês e ano de inclusão na Política Estadual:

Nº	Macrorregião	Município	Hospital (CNES)	Mês/Ano de credenciamento Estadual (U-AVCE)
1	Centro Sul	Conselheiro Lafaiete	2098326 HOSPITAL E MATERNIDADE SAO JOSE	setembro-21
2	Noroeste	Paracatu	2100754 HOSPITAL MUNICIPAL DE PARACATU	maio-22
3	Oeste	Itaúna	2105780 HOSPITAL MANOEL GONCALVES	novembro-21
4	Centro	Nova Lima	2117037 NOVA LIMA HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	agosto-23
5	Norte	Pirapora	2119528 HOSPITAL DR MOISES MAGALHAES FREIRE	dezembro-23
6	Centro	Lagoa Santa	2120542 LAGOA SANTA HOSPITAL LINDOURO AVELAR	dezembro-23
7	Centro	Betim	2126494 HOSPITAL PUBLICO REGIONAL PREFEITO OSVALDO REZENDE FRANCO	maio-22
8	Sul (extremo sul)	Pouso Alegre	2127989 HOSPITAL DAS CLIN SAMUEL LIBANIO POUSO ALEGRE	maio-22
9	Oeste	Lagoa da Prata	2132877 HOSPITAL SAO CARLOS	abril-23
10	Jequitinhonha	Diamantina	2135132 SANTA CASA DE CARIDADE	setembro-21
11	Oeste	Formiga	2142376 HOSPITAL SAO LUIZ DE FORMIGA	novembro-21
12	Sul (sudoeste)	São Sebastião do Paraíso	2146525 SANTA CASA DE PARAISO	agosto-22
13	Centro	Ouro Preto	2163829 OURO PRETO SANTA CASA DE OURO PRETO	maio-22

14	Sudeste	Ubá	2195437 HOSPITAL SANTA ISABEL	agosto-22
15	Oeste	Pará de Minas	2206064 HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	novembro-21
16	Leste	Governador Valadares	2222043 HOSPITAL MUNICIPAL	maio-22
17	Noroeste	Patos de Minas	2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	dezembro-23
18	Sudeste	Carangola	2764776 CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA	agosto-22
19	Sul (sudoeste)	Piumhi	2776006 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIUMHI	agosto-23
20	Centro Sul	Barbacena	3698548 HOSPITAL REGIONAL DE BARBACENA DR JOSE AMERICO	novembro-21
21	Sudeste	Muriaé	4042085 CASA DE CARIDADE DE MURIAE HOSPITAL SAO PAULO	agosto-22
22	Norte	Janaúba	6920977 HOSPITAL REGIONAL DE JANAUBA	dezembro-23

Considerando o exposto,

RESSALTA-SE A OBRIGATORIEDADE DE TODOS ESTES HOSPITAIS/MUNICÍPIOS DESCRITOS NO QUADRO ANTERIOR SOLICITAREM A HABILITAÇÃO MINISTERIAL, em cumprimento ao exposto na Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.410, de 19 de maio de 2021, que no Art. 9º prevê que "os Hospitais credenciados como Unidade de AVC Estadual (U-AVCE) [...] deverão assumir os seguintes compromissos: [...] III – solicitar ao Ministério da Saúde a Habilitação como Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC (Tipo I ou Tipo II ou Tipo III) ***em até seis meses após o credenciamento.***"

ALÉM DISSO É DE SUMA IMPORTÂNCIA QUE TODOS ESTES PRESTADORES REGISTREM NO SIH OS ATENDIMENTOS REALIZADOS COM O CÓDIGO **03.03.04.030-0 - Tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico**, PARA VIABILIZAR O MONITORAMENTO DA SES-MG E A CONSTRUÇÃO DE SÉRIE HISTÓRICA DE TROMBÓLISE NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO AGUDO.

Sendo o que se apresenta, nos colocamos à disposição para os esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

Ana Paula Silva Leite, Valéria de Lima, Sílvia Marquez Henriques

Referência Técnica

Coordenação de Gestão de Cuidados Intensivos Hospitalares

Leticia Fernanda Cota Freitas

Coordenadora de Gestão de Cuidados Intensivos Hospitalares

Rosana de Vasconcelos Parra

Diretora de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência

Cristiane Barbosa Marques

Superintendente de Políticas de Atenção Hospitalar



Documento assinado eletronicamente por **Rosana de Vasconcelos Parra, Diretor (a)**, em 19/09/2024, às 17:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cristiane Barbosa Marques, Superintendente**, em 20/09/2024, às 11:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leticia Fernanda Cota Freitas, Coordenador (a)**, em 20/09/2024, às 16:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Silva Leite, Empregado(a) Público(a)**, em 23/09/2024, às 14:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Silvia Marquez Henriques, Servidor (a) Público (a)**, em 23/09/2024, às 15:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Valeria de Lima, Servidor (a) Público (a)**, em 23/09/2024, às 15:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **97415254** e o código CRC **4536D057**.