**ANEXO II – PLANO DE TRABALHO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Estabelecimento de Saúde**: | **Município/UF**: |

|  |
| --- |
| **O Município em que se localiza o estabelecimento já realiza ações de Promoção do Registro Civil de Nascimento e/ou Ampliação do Acesso à Documentação Básica?**(Por exemplo, ações declaradas ao Selo Unicef – Resultado Sistêmico 1) |
| ( ) Sim ( ) Não |
| *Caso sim, preencha as duas questões a seguir:* |
| Informe quais ações já realiza: |
| Na estrutura da Prefeitura qual o órgão ou setor responsável pela realização dessas ações?Informe o nome do setor responsável: ............................................................................( ) Não há |
| **O Município já possui algum tipo de Comitê intersetorial destinado à Promoção do Registro Civil de Nascimento e/ou Ampliação do Acesso à Documentação Básica?** |
| ( ) Sim ( ) Não |

|  |
| --- |
| *Caso sim, preencha as questões abaixo, relacionadas ao Comitê:* |
| ( ) O Comitê é formalmente instituído( ) O Comitê funciona de maneira informal |
| Quais órgãos/atores participam do Comitê?a)b)c)d)e)f)g)h)...*z*) |
| Destes Órgãos, qual é responsável pela Coordenação do Comitê? |
| **O Município prevê alguma estratégia para monitorar ou acompanhar o efetivo funcionamento da Unidade Interligada. Caso sim, descreva brevemente.** |
| Estratégia de Monitoramento e Acompanhamento: |

**Caracterização da Unidade Interligada (UI) a ser implantada**

|  |
| --- |
| **Identificação e características do estabelecimento de saúde que abrigará a UI** |
| Nome do estabelecimento de saúde: |
| Endereço completo: |
| Telefone (com *código de área*):  |
| Cadastro CNES nº: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (Atenção! Transcrever no formulário online)*Código no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES**(consulte em* <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>*)*  |
| Natureza do estabelecimento de saúde: ( ) Público Municipal( ) Público Estadual( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| O estabelecimento serve como referência para gestantes residentes em outros municípios?( )Sim ( )Não ( )Não sabe  |
| *Caso sim, preencha as questões abaixo:*  |
| Dentre eles, quais os principais municípios de origem das gestantes (*citar no máximo 3*)?a)b)c) |
| No total dos partos realizados, qual o percentual de gestantes vindas de outros municípios?( ) até 10%( ) de 11% a 20%( ) de 21% a 30%( ) mais de 30% |
| **Já há unidade interligada (UI) no hospital? Se não, quanto tempo, a contar do recebimento dos equipamentos, seria necessário para iniciar o funcionamento da nova UI?** |
| ( ) já há UI ( ) até 30 dias ( ) 30 a 60 dias ( ) 60 a 90 dias ( ) mais de 90 dias |
| **O estabelecimento já definiu um espaço físico destinado ao funcionamento da UI?** |
| ( ) Sim, o estabelecimento já possui ou já definiu o possível local( ) Não foi definido o local, mas já foram identificadas algumas possibilidades( ) A identificação e definição do local só ocorrerá quando a doação dos equipamentos for confirmada |
| **Identificação do Cartório responsável pela Unidade Interligada**(*No caso de parceria entre Cartórios, basta informar o que tenha assinado a Declaração de Anuência)* |
| Nome do Cartório: |
| Código CNS do Cartório: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (Atenção! Transcrever no formulário online)*Código do cartório no Cadastro Nacional de Serventias – CNS(consulte em* <https://www.cnj.jus.br/corregedoria/justica_aberta/> - localização de serventias extrajudiciais) |
| Nome do Oficial responsável: |
| Telefone do Cartório, com código de área: |
| E-mail do Cartório: |
| **Este Cartório já utiliza algum sistema *online* por meio do qual se comunique/interligue com os demais Cartórios existentes no estado?** |
| ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe |
| *Caso sim, preencha as questões abaixo:*  |
| Nome do sistema de interligação: ( ) Não sabe |
| Entidade responsável pelo sistema: ( ) Não sabe |
| **Já foram acordadas questões relativas ao horário de funcionamento e recursos humanos para o funcionamento desta UI?**  |
| ( ) Sim, já há acordo sobre essas questões( ) Não, mas as questões já foram discutidas e algumas possibilidades foram identificadas( ) Não, essas questões só serão discutidas e acordadas quando a doação dos  equipamentos for confirmada |
| **Em relação aos itens abaixo, necessários à implantação da Unidade Interligada, informe para quais já há definição sobre quem será responsável por custear/prover:** |
|  *Responsável por custear/prover*( ) Mobiliário (mesa, cadeira, arquivo etc): ............................................................................... ( ) Conexão de Internet: ...............................................................................( ) Linha telefônica: ..............................................................................( ) Outro (qual: ........................... ): .............................................................................. |

|  |
| --- |
| **Tabela de Pontuação do Plano de Trabalho** |
| **Quesitos** | **Pontos** |
| O Município já possui algum tipo de Comitê intersetorial destinado à Promoção do Registro Civil de Nascimento e/ou Ampliação do Acesso à Documentação Básica | +5 |
| O estabelecimento já definiu um espaço físico destinado ao funcionamento da Unidade Interligada  | +5 |
| Disponibilidade de Mobiliário (mesa, cadeira, arquivo etc) | +1 |
| Disponibilidade de Conexão de Internet | +4 |
| Disponibilidade de Linha telefônica | +1 |
| Cartório parceiro já utiliza algum sistema *on line* por meio do qual se comunique/interligue com os demais Cartórios existentes no estado | +4 |
| Já foram acordadas questões relativas ao horário de funcionamento e recursos humanos para o funcionamento desta UI  | +3 |