



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 004/2022**

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-6JKNF

3º TERMO ADITIVO ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 004/2022, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE ESPÍRITO SANTO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E **HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**, VISANDO O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (SUS/ES).

O **ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, doravante denominado **CONCEDENTE**, órgão da Administração Direta do Poder Executivo, inscrita no CNPJ: **27.080.605/0001-96**, com sede na rua Engenheiro Guilherme José Monjardim Varejão, nº 255, Ed. Enseada Plaza, Enseada do Suá, Vitória - ES, CEP: 29050-360, no uso de suas atribuições de gestora do **FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FES**, inscrita no CNPJ: 06.893.466/0001-40, representada neste ato pelo Subsecretário de Estado de Contratação em Saúde, **ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**, Brasileiro, Divorciado, Servidor Público Estadual, CPF: 926.326.297-72, nomeado pelo Decreto nº364-S, de 10/02/2023, e do outro lado o **HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**, caracterizado como hospital filantrópico, inscrito no CNPJ sob o nº 27.193.705/0001-29, localizado à Rua Manoel Braga Machado, 02, Bairro Ferroviários – Cachoeiro de Itapemirim - ES, doravante denominado(a) **CONVENIENTE**, neste ato representado por seu Representante Legal o Sr. **ELIZEU CRISÓSTOMO DE VARGAS**, inscrito no CPF: 527.583.627-91, residente e domiciliado à Rua Antonio Caetano Gonçalves, 63 Apartamento 101 – Edifício Acacias – CEP: 29303-307, resolvem celebrar o presente o 3º Termo Aditivo ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO para execução de ações e serviços de saúde, tendo em vista o disposto na Constituição da República Federativa de 1988, na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, o art. 116 da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, Portaria MS/GM nº 3.410, de 30/12/2013 e Portarias de Consolidação nº 1, nº 2, nº 3 e nº 5, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria Estadual 076-R, de 19 de maio de 2022, que tratam das normas sobre as políticas nacionais e estadual de saúde do Sistema Único de Saúde, nas correspondentes Lei de Diretrizes Orçamentárias Nº 11.677 - 27.07.22; Lei Orçamentária Anual- LOA Nº 11.767 - 28.12.22 e demais normas e legislação específica mediante as Cláusulas e condições que se seguem:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

**1.1 - O presente Termo Aditivo do CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO que tem por**



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE**

objeto **(a)** Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº017-R, de 02/03/2023, **(b)** Adequação de valores de procedimentos conforme Portaria Estadual Nº008-R, de 15/02/2023 e, **(c)** acréscimo financeiro de **R\$ 1.654.069,09** (um milhão, seiscentos e cinquenta e quatro mil, sessenta e nove reais e nove centavos) referente Incorporação de Recurso Financeiro à Portaria MS nº096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº017-R, de 02/03/2023, e Adequação de valores de procedimentos conforme Portaria Estadual Nº008-R, de 15/02/2023, conforme Documento Descritivo – DODE.

**1.2** - Os serviços conveniados encontram-se discriminados no DODE, previamente definido entre as partes, na Ficha de Programação Orçamentária e na Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, que integram este CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO, para todos os efeitos legais, devendo estar à disposição da Central Estadual de Regulação.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO DA CLAÚSULA SEXTA**

Alterar **CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS** que passará a vigorar com a seguinte redação:

**6.1-** O valor total do presente **Convênio de Contratualização** passa a ser de **R\$ 143.104.648,49** (cento e quarenta e três milhões, cento e quatro mil, seiscentos e quarenta e oito reais e quarenta e nove centavos).

**6.1.1** - O Recurso Financeiro aplicado ao **Convênio de contratualização** inicial foi de **R\$ 139.582.067,40** (cento e trinta e nove milhões quinhentos e oitenta e dois mil sessenta e sete reais e quarenta centavos)

**6.1.2** - O Recurso Financeiro aplicado ao **1º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.068.512,00** (um milhão, sessenta e oito mil quinhentos e doze reais).

**6.1.3** - O Recurso Financeiro aplicado ao **2º Termo Aditivo** foi de **R\$ 800.000,00** (oitocentos mil reais).

**6.1.4** - O Recurso Financeiro aplicado ao **3º Termo Aditivo** será de **R\$ 1.654.069,09** (um milhão, seiscentos e cinquenta e quatro mil, sessenta e nove reais e nove centavos).

**6.2** - O detalhamento do repasse a partir de **março/2023** se dará da seguinte forma:



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE**

**6.2.1** - Para a execução do convênio de contratualização, a **CONVENENTE** receberá recursos financeiros de **R\$ 36.870.139,54** (trinta e seis milhões, oitocentos e setenta mil, cento e trinta e nove reais e cinquenta e quatro centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.

**6.2.2-** A parcela pré-fixada importa em **R\$ 25.945.980,49** (vinte e cinco milhões, novecentos e quarenta e cinco mil, novecentos e oitenta reais e quarenta e nove centavos), e será transferida à **CONVENENTE** em parcela mensal de **R\$ 10.194.752,67** (dez milhões, cento e noventa e quatro mil, setecentos e cinquenta e dois reais e sessenta e sete centavos) no mês de **março/2023** referente Incorporação de Recurso Financeiro à Portaria MS nº096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº017-R, de 02/03/2023, em **parcela única no valor de R\$ 2.319.138,76** (dois milhões trezentos e dezenove mil, cento e trinta e oito reais e setenta e seis centavos), e nos meses de abril a maio de 2023 em parcelas mensais de **R\$ 7.875.613,91** ( sete milhões, oitocentos e setenta e cinco mil, seiscentos e treze reais e noventa e um centavos) conforme o quadro de detalhamento, e oneram recursos de transferência da União ao Fundo Estadual de Saúde e recursos próprios da **CONCEDENTE**.

**6.2.3-** Oitenta por cento (80%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 21.220.612,14** (vinte e um milhões, duzentos e vinte mil, seiscentos e doze reais e quatorze centavos), em 01 parcela mensal de **R\$ 8.619.629,89** (oito milhões, seiscentos e dezenove mil, seiscentos e vinte e nove reais e oitenta e nove centavos) no mês de **março/2023** referente Incorporação de Recurso Financeiro à Portaria MS nº096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº017-R, de 02/03/2023, em **parcela única no valor de R\$ 2.319.138,76** (dois milhões trezentos e dezenove mil, cento e trinta e oito reais e setenta e seis centavos), e nos meses de abril a maio de 2023 em parcelas mensais de **R\$ 6.300.491,13** (seis milhões, trezentos mil, quatrocentos e noventa e um reais e treze centavos), é fixo e repassado mensalmente.

**6.2.4-** Vinte por cento (20%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 4.725.368,35** (quatro milhões, setecentos e vinte e cinco mil, trezentos e sessenta e oito reais e trinta e cinco centavos) em parcelas mensais de **R\$ 1.575.122,78** (um milhão, quinhentos e setenta e cinco mil, cento e vinte dois reais e setenta e oito centavos), é variável e vinculado ao cumprimento das metas de desempenho discriminadas no Documento Descritivo – DODE, com monitoramento e avaliação quadrimestral.



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE**

**6.2.5-** Os valores do qual trata o item 6.2.4, servirá como limite e poderá haver dedução, de acordo com a pontuação obtida das metas de qualidade e do desempenho, no monitoramento e avaliação quadrimestral, conforme estabelecido no Documento Descritivo.

**6.2.6-** O cumprimento das metas qualitativas e de desempenho, que trata os itens 6.4, 6.5 e 6.6 estabelecidas no Documento Descritivo, deverá ser atestado pela Comissão de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação do Termo Aditivo do convênio contratualização.

**6.2.7 -** O componente pós-fixado, que corresponde aos Procedimentos Ambulatoriais de Exames, Terapias, Procedimentos, APAC's, OPME's de Alta Complexidade e Cirurgias Eletivas Extras será repassado ao HOSPITAL, à posteriori, (pós-produção, aprovação, processamento), de acordo com a produção mensal aprovada pela SESA, respeitado o limite do Termo Aditivo do convênio contratualização para esses serviços e, conforme programação disposta no Documento Descritivo, estimando-se um valor de **R\$ 8.207.774,91** (oito milhões, duzentos e sete mil, setecentos e setenta e quatro reais e noventa e um centavos), em parcelas mensais estimadas de **R\$ 2.735.924,97** (dois milhões, setecentos e trinta e cinco mil, novecentos e vinte e quatro reais e noventa e sete centavos).

**6.2.8-** O componente pós-fixado, que corresponde aos Procedimentos Estratégicos – FAEC já cadastrados, será repassado ao HOSPITAL, à posteriori, (pós-produção, aprovação, processamento e apenas concomitantemente à respectiva transferência financeira do FNS), de acordo com a produção mensal aprovada pela SESA, até o limite da transferência do FNS, respeitado, similarmente, o limite para as modalidades de FAEC no Termo Aditivo do convênio contratualização e conforme programação disposta no Documento Descritivo, estimando-se um valor de **R\$ 2.716.384,14** (dois milhões, setecentos e dezesseis mil, trezentos e oitenta e quatro reais e quatorze centavos), em parcelas mensais estimadas de **R\$ 905.461,38** (novecentos e cinco mil, quatrocentos e sessenta e um reais e trinta e oito centavos).

**6.2.9-** A FPO – Ficha de Programação Orçamentária – para procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade será elaborada mensalmente, conforme produção efetiva realizada, com nível de apuração por Grupo de Procedimentos, exceto para os procedimentos de FAEC e os demais procedimentos que o SIGTAP permite apenas o nível



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

de apuração pelo Procedimento.

**6.2.10-** O faturamento hospitalar não vincula obrigações de pagamento federal ou estadual, com exceção do faturamento FAEC, não sendo reconhecido pelas partes, obrigações de faturamento de extra teto.

**6.2.11-** O Faturamento do SIA - Sistema de Informação Ambulatorial e do SIHD – Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado será de obrigatoriedade dos hospitais, sendo utilizado como relatório de pagamento apenas para os serviços ambulatoriais de exames, terapias, procedimentos e APAC's ambulatoriais, para os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC e as OPME's de alta complexidade.

**6.2.12-** Os valores estimados para pagamentos devidos não poderão ultrapassar o limite financeiro estimado no Termo Aditivo do convênio contratualização.

**6.2.13-** O não cumprimento pelo hospital das metas qualitativas e de desempenho, pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo, implicará na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor.

**6.2.14-** Os valores previstos poderão ser alterados, de comum acordo entre a CONCEDENTE e a CONVENENTE, mediante a celebração de Termo Aditivo que será devidamente publicado.

### PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL  |                      |                              |               |               |
|--|----------------------|------------------------------|---------------|---------------|
| PRÉ-FIXADO 80%   | Mensal - Março (R\$) | Abril/2023 a maio/2023 (R\$) | 3 meses (R\$) |               |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b> | R\$ 4.587.125,31     | R\$ 9.174.250,62             | R\$           | 13.761.375,94 |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>               | R\$ 963.436,80       | R\$ 1.926.873,60             | R\$           | 2.890.310,40  |
| Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- <b>Recurso Estadual</b>           | R\$ 128.832,00       | R\$ 257.664,00               | R\$           | 386.496,00    |
| Incentivo Federal - IAC - <b>Recurso Federal</b>                               | R\$ 398.767,30       | R\$ 797.534,61               | R\$           | 1.196.301,91  |
| INTEGRASUS - <b>Recurso Federal</b>  | R\$ 11.845,10        | R\$ 23.690,21                | R\$           | 35.535,31     |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

|   |                            |                                     |                          |
|---|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Rede Cegonha - Etapa II do Plano de Ação Regional (Portaria nº 2.516, de 22 de novembro de 2016) - 06 Leitos de UTIN - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 42.216,19              | R\$ 84.432,38                       | R\$ 126.648,58           |
| Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº 1806 de 26 de outubro de 2014) Qualificação de leitos de UTI - <b>Recurso Federal</b>               | R\$ 91.468,42              | R\$ 182.936,83                      | R\$ 274.405,25           |
| Residência Médica - Incentivo financeiro de custeio mensal (Portaria GM/MS Nº 2.322 de 23 de outubro de 2014) - <b>Recurso Federal</b>        | R\$ 76.800,00              | R\$ 153.600,00                      | R\$ 230.400,00           |
| Portaria MS nº 096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº017-R, de 02/03/2023- Parcela única - <b>Recurso Federal</b>                          | R\$ 2.319.138,76           | R\$ -                               | R\$ 2.319.138,76         |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>  | <b>R\$ 5.679.394,11</b>    | <b>R\$ 11.358.788,22</b>            | <b>R\$ 17.038.182,34</b> |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>   | <b>R\$ 2.940.235,78</b>    | <b>R\$ 1.242.194,03</b>             | <b>R\$ 4.182.429,81</b>  |
| <b>TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL</b>  | <b>R\$ 8.619.629,89</b>    | <b>R\$ 12.600.982,26</b>            | <b>R\$ 21.220.612,14</b> |
| <b>PRÉ-FIXADO 20%</b>   | <b>Mensal -Marco (R\$)</b> | <b>Abril/2023 a maio/2023 (R\$)</b> | <b>3 meses (R\$)</b>     |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>  | R\$ 1.146.781,33           | R\$ 2.293.562,66                    | R\$ 3.440.343,98         |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>  | R\$ 240.859,20             | R\$ 481.718,40                      | R\$ 722.577,60           |
| Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- <b>Recurso Estadual</b>  | R\$ 32.208,00              | R\$ 64.416,00                       | R\$ 96.624,00            |
| Incentivo Federal - IAC - <b>Recurso Federal</b>  | R\$ 99.691,83              | R\$ 199.383,65                      | R\$ 299.075,48           |
| INTEGRASUS - <b>Recurso Federal</b>   | R\$ 2.961,28               | R\$ 5.922,55                        | R\$ 8.883,83             |
| Rede Cegonha - Etapa II do Plano de Ação Regional (Portaria nº 2.516, de 22 de novembro de 2016) - 06 Leitos de UTIN - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 10.554,05              | R\$ 21.108,10                       | R\$ 31.662,14            |
| Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº 1806 de 26 de outubro de  | R\$ 22.867,10              | R\$ 45.734,21                       | R\$ 68.601,31            |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

|  |                   |                   |                   |  |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|--|
| 2014) Qualificação de leitos de UTI - <b>Recurso Federal</b>   |                   |                   |                   |  |
| Residência Médica - Incentivo financeiro de custeio mensal (Portaria GM/MS Nº 2.322 de 23 de outubro de 2014) - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 19.200,00     | R\$ 38.400,00     | R\$ 57.600,00     |  |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>   | R\$ 1.419.848,53  | R\$ 2.839.697,06  | R\$ 4.259.545,58  |  |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>  | R\$ 155.274,25    | R\$ 310.548,51    | R\$ 465.822,76    |  |
| <b>TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL</b>   | R\$ 1.575.122,78  | R\$ 3.150.245,56  | R\$ 4.725.368,35  |  |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL</b>   | R\$ 7.099.242,64  | R\$ 14.198.485,28 | R\$ 21.297.727,92 |  |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL</b>  | R\$ 3.095.510,03  | R\$ 1.552.742,54  | R\$ 4.648.252,57  |  |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>   | R\$ 10.194.752,67 | R\$ 15.751.227,82 | R\$ 25.945.980,49 |  |

| COMPONENTE PÓS-FIXADO  | Mensal - Março (R\$) | Abril/2023 a maio/2023 (R\$) | 3 meses (R\$)    |
|--|----------------------|------------------------------|------------------|
| Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média complexidade - <b>Recurso Estadual</b>   | R\$ 428.985,08       | R\$ 857.970,16               | R\$ 1.286.955,24 |
| APAC'S - quimioterapia, radioterapia, cateterismo, cirurgias de catarata e exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de alta complexidade - <b>Recurso Estadual</b> | R\$ 1.845.051,91     | R\$ 3.690.103,82             | R\$ 5.535.155,73 |
| OPME's Alta complexidade - <b>Recurso Estadual</b>   | R\$ 220.056,58       | R\$ 440.113,16               | R\$ 660.169,74   |
| OPME's não padronizadas na tabela SUS - <b>Recurso Estadual</b>  | R\$ 241.831,40       | R\$ 483.662,80               | R\$ 725.494,20   |
| FAEC Ambulatorial- <b>Recurso Federal</b>  | R\$ 345.653,90       | R\$ 691.307,80               | R\$ 1.036.961,70 |
| FAEC Hospitalar- <b>Recurso Federal</b>  | R\$ 348.159,62       | R\$ 696.319,24               | R\$ 1.044.478,86 |
| FAEC - TRS- <b>Recurso Federal</b>   | R\$ 211.647,86       | R\$ 423.295,72               | R\$ 634.943,58   |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL</b>   | R\$ 2.735.924,97     | R\$ 5.471.849,94             | R\$ 8.207.774,91 |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO</b>  | R\$ 905.461,38       | R\$ 1.810.922,76             | R\$ 2.716.384,14 |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

|   |    |               |    |               |    |               |
|---|----|---------------|----|---------------|----|---------------|
| FEDERAL                                     |    |               |    |               |    |               |
| TOTAL PÓS-FIXADO -<br>ESTADUAL +<br>FEDERAL | RS | 3.641.386,35  | RS | 7.282.772,70  | RS | 10.924.159,05 |
| TOTAL DO CONVÊNIO                           | RS | 13.836.139,02 | RS | 23.034.000,52 | RS | 36.870.139,54 |

**CLÁUSULA TERCEIRA- DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES**

3.1- Continuam em vigor as demais cláusulas e disposição do Convênio de Contratualização originário.

E, por estarem, assim, justos e acordados, os partícipes firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Vitória/ES, 07 de Março de 2023.

**CONCEDENTE:**

**ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**

**SUBSECRETÁRIO DE ESTADO DE CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE**

**CONVENENTE:**

Dr. Elizeu Crisóstomo de Vargas  
Presidente do Conselho Deliberativo  
do HECI

**ELIZEU CRISÓSTOMO DE VARGAS**

**HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**

**PRESIDENTE DO HOSPITAL**

**TESTEMUNHAS:**

1ª) \_\_\_\_\_

CPF:

2ª) \_\_\_\_\_

CPF:





GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**DECLARAÇÃO**

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **3º Termo Aditivo ao Convênio nº. 004/2022** foi celebrado e formalizado em estrita observância ao que estabelecem o Decreto Estadual nº. 1.242-R, de 21 de novembro de 2003 e a Portaria Ministerial nº 3410/2013, bem como que os recursos estão devidamente adequados com a Lei Orçamentária Anual em vigor e compatíveis com o Plano Plurianual, não ferindo princípios constantes na Lei Complementar nº. 101/2000-Lei de Responsabilidade Fiscal tendo sido rigorosamente atendidos os requisitos para celebração e em especial as situações de adimplência e regularidade de situação do Convenente.

Declaro ainda que a despesa referente ao **3º Termo Aditivo ao Convênio nº. 004/2022** correrá à conta do orçamento do Fundo Estadual de Saúde da CONCEDENTE conforme especificado abaixo:

Programa de Trabalho 10.302.0047.2325 - Contratualização de Serviços de Saúde

Complementar

Saúde UG: 440901

Gestão: 44901

Natureza de Despesa: 3.3.90.39.00

Fonte de Recursos: 1500100200 e 1600000000

Vitória, 07 de Março . de 2023.

  
**ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**ANEXO I**

**DOCUMENTO DESCRITIVO – 3º TERMO ADITIVO  
HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**

CONVÊNIO Nº 004/2022

PROCESSO E-DOCS: 2022-6JKNF

## **ESTRUTURA ADMINISTRATIVA**

### **PRESIDENTE**

ELIZEU CRISÓSTOMO DE VARGAS

### **VICE-PRESIDENTE**

LUIZ EDUARDO MONTEIRO FERNANDES

### **SUPERINTENDENTE**

WAGNER MEDEIRO JUNIOR

### **DIRETOR TÉCNICO/ DIRETOR CLÍNICO**

DRA. SABINA BANDEIRA ALEIXO

DR. BRUNO DE COSTA RESENDE



## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| I – IDENTIFICAÇÃO.....   | 03 |
| II – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL.....                                   | 04 |
| III – CNES .....   | 05 |
| IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS .....  | 05 |
| V – PERFIL ASSISTENCIAL.....   | 06 |
| VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS .....                             | 09 |
| VII – ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS .....                                  | 09 |
| VIII – METAS ASSISTENCIAIS .....   | 10 |
| IX – DETALHAMENTO DAS METAS DISPONIBILIZADAS PARA O COMPLEXO REGULADOR ..... | 10 |
| X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO.....                                      | 12 |
| XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS.                        | 16 |
| APROVAÇÃO .....  | 18 |
| ANEXOS .....   | 19 |



## I - IDENTIFICAÇÃO

|  |                         |                            |                         |            |
|--|-------------------------|----------------------------|-------------------------|------------|
| <b>Conveniente</b>                             |                         |                            | <b>CNPJ</b>             |            |
| Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim |                         |                            | 27.193.705/0001-29      |            |
| <b>Endereço</b>                                |                         | <b>Município</b>           | <b>UF</b>               | <b>CEP</b> |
| Rua: Manoel Braga Machado, nº 02               |                         | Cachoeiro de Itapemirim    | ES                      | 29.308-065 |
| <b>Macrorregião</b>                            | <b>Microrregião</b>     | <b>SRS</b>                 | <b>CNES</b>             |            |
| Sul  | Cachoeiro de Itapemirim | Cachoeiro de Itapemirim    | 2547821                 |            |
| <b>Telefone</b>                                | <b>Fax</b>              | <b>E-mail</b>              |                         |            |
| (28)3526.6166                                  | (28)3526.6113           | secretaria@heci.com.br     |                         |            |
| <b>Nome do Responsável</b>                     |                         |                            |                         |            |
| Elizeu Crisóstomo de Vargas                    |                         |                            |                         |            |
| <b>CPF</b>                                     | <b>Função</b>           | <b>Período de execução</b> |                         |            |
| 527.583.627-91                                 | Presidente              |                            |                         |            |
| <b>CI</b>                                      | <b>Órgão expedidor</b>  | 03/2023 A 31/05/2023       |                         |            |
| 354.189  | SSP-ES                  |                            |                         |            |
| <b>Banco</b>                                   | <b>Agência</b>          | <b>Conta Corrente</b>      | <b>Praça</b>            |            |
| Banestes                                       | 115                     | 35.243.526                 | Cachoeiro de Itapemirim |            |

|   |
|---|
| <b>Missão</b>   |
| Servir à população com atendimento de elevado padrão e qualidade.   |
| <b>Visão</b>  |
| Ser reconhecido como um hospital de referência para todo o Espírito Santo, que se destaca pelo uso de modernas tecnologias, pela excelência de seu corpo clínico e pela qualidade dos serviços prestados.   |
| <b>Valores</b>  |
| Servir com equidade, qualidade e eficiência. Primar por conduta humanística, ética e cristã.  |
| <b>Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:</b>  |
| O HECI é um hospital geral, de caráter privado e filantrópico, que tem por finalidade prestar assistência hospitalar de média e alta complexidade, guiada pelos princípios de equidade, qualidade, eficiência, com padrões de conduta humanística, ética e cristã. Atualmente o HECI realiza as seguintes atividades: atendimento imediato de assistência à saúde, cirurgias em praticamente todas as especialidades, prestação de atendimento de assistência à saúde em regime de internação, prestação de atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia, prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia, dentre outras que estarão sendo descritas neste DODE. |
| <b>Área de Abrangência</b>  |
| O HECI é um hospital de referência de forma que atende à população da Região Sul do Estado do Espírito Santo. Essa região é composta por 26 municípios.   |



### III – CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES

A descrição da estrutura física, tecnológica, necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização encontra-se no Anexo C.

### IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este Documento Descritivo foi elaborado com o objetivo de formalizar a parceria para realização de serviços, ações e atividades de saúde no âmbito da Portaria MS 3410/2013 em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS/ES e, a Política Estadual de Contratualização definida pela Portaria Estadual nº076-R, de 19 de maio de 2022.

Para compor a estrutura do Documento, foram considerados os seguintes aspectos:

- Definição de todas as ações e serviços de saúde nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital;
- A definição do perfil assistencial dos hospitais e da Grade de Referência Hospitalar e Pré-Hospitalar;
- A definição das metas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratualizados;
- A definição das metas qualitativas e desempenho na prestação das ações e serviços contratualizados;
- A descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização;
- A definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho;
- A definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização, conforme planilha descrita – Recursos Orçamentários;
- As atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar, em especial aqueles referentes a (ao):
  - . monitoramento e desempenho hospitalar;
  - . prática de atenção humanizada aos usuários;
  - . trabalho de equipe multidisciplinar;
  - . implantação de mecanismos eficazes de referência e contra referência, mediante protocolos de encaminhamento e ARFT;

### V – PERFIL ASSISTENCIAL

O Perfil Assistencial poderá ser alterado de acordo com a necessidade das redes assistenciais, que passará a ter validade com a publicação no site da Secretaria de Estado da Saúde.

Os municípios de referência de cada hospital/especialidade serão validados através da publicação da Grade de Referência publicada no site da Secretaria de Estado da Saúde.

| LINHA DE CUIDADOS  | TIPO DE ATENDIMENTO   | ACESSO   | FAIXA ETÁRIA | RECURSOS DE URGÊNCIA | RECURSOS GERAIS |
|--|---|--|--------------|----------------------|-----------------|
| CARDIOLOGIA e CIRURGIA CARDIOVASCULAR - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E ELETIVA                            | DOR TORÁCICA (IAMCSST, SEM ST E ANGINA INSTÁVEL)<br>CARDIOLOGIA GERAL COMPLEXA, CIRURGIA CARDÍACA, CARDIOLOGIA INTERVENZIONIST A (ANGIOPLASTIAS/ CATE), ANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE, MARCAPASSO | PRONTO SOCORRO REFERENCIADO<br>FOLLOW UP<br>REGULAÇÃO DE LEITOS<br>REGULAÇÃO FORMATIVA | ADULTO       | SIM                  | SIM             |
|  | CIRURGIA CARDÍACA   | REGULAÇÃO DE LEITOS<br>FOLLOW UP<br>REGULAÇÃO FORMATIVA                                | PEDIATRICO   | NÃO                  | SIM             |
| CIRURGIA BARIÁTRICA  | PROGRAMA ESTADUAL OBESIDADE (ATENDIMENTO AMBULATORIAL INTERPROFISSIONAL, CIRURGIA BARIÁTRICA E CIRURGIA REPARADORA)   | FOLLOW UP<br>REGULAÇÃO FORMATIVA<br>REGULAÇÃO DE LEITOS                                | ADULTO       | NÃO                  | SIM             |
| CIRURGIAS DA CABEÇA E DO PESCOÇO GRAVES E ELETIVAS<br>COMPLICAÇÕES DE CIRURGIAS DO PRÓPRIO SERVIÇO | CIRURGIAS ELETIVAS  | FOLLOW UP<br>REGULAÇÃO DE LEITOS<br>REGULAÇÃO FORMATIVA                                | ADULTO       | NÃO                  | SIM             |



| LINHA DE CUIDADOS                           | TIPO DE ATENDIMENTO   | ACESSO  | FAIXA ETÁRIA | RECURSOS DE URGÊNCIA | RECURSOS GERAIS |
|---|---|---|--------------|----------------------|-----------------|
| CIRURGIA VASCULAR - URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS | URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS<br>PATOLOGIAS VENOSAS<br>PATOLOGIAS ARTERIAIS<br>COMPLICAÇÕES DO PRÓPRIO SERVIÇO<br>ANEURISMA TÓRACO-ABDOMINAL, ABDOMINAL E DE EXTREMIDADES | PRONTO SOCORRO REFERENCIADO<br>FOLLOW UP<br>REGULAÇÃO DE LEITOS | ADULTO       | SIM                  | SIM             |
|   | URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS ENDOVASCULARES, INCLUINDO FALÊNCIA DE ACESSO.   | PRONTO SOCORRO REFERENCIADO<br>FOLLOW UP<br>REGULAÇÃO DE LEITOS | ADULTO       | SIM                  | SIM             |
| CIRURGIA VASCULAR - ELETIVAS                | PATOLOGIAS VENOSAS<br>PATOLOGIAS ARTERIAIS<br>COMPLICAÇÕES DO PRÓPRIO SERVIÇO   | FOLLOW UP<br>REGULAÇÃO DE LEITOS<br>REGULAÇÃO FORMATIVA         | ADULTO       | NÃO                  | SIM             |
|   | ANEURISMAS TÓRACO-ABDOMINAL, ABDOMINAL E EXTREMIDADES ENDOVASCULAR<br>COMPLICAÇÕES DO PRÓPRIO SERVIÇO   | FOLLOW UP<br>REGULAÇÃO DE LEITOS<br>REGULAÇÃO FORMATIVA         | ADULTO       | NÃO                  | SIM*            |
| NEUROCIRURGIA - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA       | COLUNA VERTEBRAL E CAIXA TORÁCICA, E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO, COMPLICAÇÃO DE CIRURGIA DO PRÓPRIO SERVIÇO, INCLUINDO TUMORES.                                   | PRONTO SOCORRO REFERENCIADO<br>FOLLOW UP<br>REGULAÇÃO DE LEITOS | ADULTO       | SIM                  | SIM             |

| LINHA DE CUIDADOS               | TIPO DE ATENDIMENTO  | ACESSO  | FAIXA ETÁRIA | RECURSOS DE URGENCIA | RECURSOS GERAIS |
|---------------------------------|--|---|--------------|----------------------|-----------------|
| NEUROCIRURGIA - ELETIVAS GERAIS | ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO - COLUNA VERTEBRAL E CAIXA TORÁCICA<br>TUMORES DO SISTEMA NERVOSO   | FOLLOW UP<br>REGULAÇÃO<br>FORMATIVA   | ADULTO       | NÃO                  | SIM             |
| NEUROLOGIA                      | DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO (AVCI, ACVH)   | PRONTO SOCORRO REFERENCIADO<br>FOLLOW UP<br>REGULAÇÃO DE LEITOS                           | ADULTO       | SIM                  | SIM             |
| OFTALMOLOGIA - ELETIVAS         | PÁLPEBRAS, VIAS LACRIMAIS; MÚSCULOS OCULOMOTORES; CORPO VÍTREO, CRISTALINO, RETINA, CORÓIDE E ESCLERA; CAVIDADE ORBITÁRIA E GLOBO OCULAR, INCLUINDO RECONSTRUÇÃO, GLAUCOMA, TRANSPLANTES OFTALMOLÓGICOS, e BAIXA VISÃO | FOLLOW UP<br>REGULAÇÃO<br>FORMATIVA<br>REGULAÇÃO DE LEITOS                                | ADULTO       | NÃO                  | SIM             |
| ONCOLOGIA                       | ONCO-HEMATOLOGIA   | PRONTO SOCORRO REFERENCIADO<br>FOLLOW UP<br>REGULAÇÃO DE LEITOS<br>REGULAÇÃO<br>FORMATIVA | ADULTO       | SIM                  | SIM             |



| LINHA DE CUIDADOS | TIPO DE ATENDIMENTO   | ACESSO   | FAIXA ETÁRIA | RECURSOS DE URGÊNCIA | RECURSOS GERAIS |
|-------------------|---|--|--------------|----------------------|-----------------|
|                   | SERVIÇO DE CIRURGIA (CIRURGIA GERAL, CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, COLOPROCTOLOGIA, GINECOLOGIA, MASTOLOGIA, INCLUINDO RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA E UROLOGIA, CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO), ONCOLOGIA CLÍNICA E CUIDADOS PALIATIVOS, COM CENTRAL DE QUIMIOTERAPIA, SEM IODOTERAPIA, INCLUINDO RADIOTERAPIA | PRONTO SOCORRO REFERENCIADO<br>FOLLOW UP<br>REGULAÇÃO DE LEITOS<br>REGULAÇÃO FORMATIVA | ADULTO       | SIM                  | SIM             |

**OBSERVAÇÕES:**

- Hospitais de referência com UTI ou trauma e/ou cirúrgico devem possuir cirurgia plástica dentro de sua equipe própria, para realização de procedimentos inerentes às especialidades do seu perfil, na forma de suporte/apoio à internação nas demais especialidades de responsabilidade do hospital, não sendo realizado transferências destes locais.
- Hospitais de referência com UTI, conforme portaria ministerial, devem possuir nefrologia dentro de sua equipe própria como especialidade de apoio, e caso haja indicação médica de tratamento dialítico durante a internação deve realizar tal procedimento.
- **HECI (aneurismas tóraco-abdominal, abdominal e extremidades endovascular, complicações do próprio serviço)** - recursos gerais para todos os pacientes internados em outros serviços da região.
- inclui todos os procedimentos não oncológicos da linha de cuidado e suas urgências eletivas
- Todo hospital com leito de clínica médica ou clínica pediátrica devem possuir as especialidades clínicas de apoio às internações: infectologia, cardiologia, gastrologia, pneumologia, endocrinologia, nefrologia, hematologia, neurologia, reumatologia, cuidados paliativos.
- Todo UNACON deve possuir condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes. Estas unidades hospitalares podem ter em sua estrutura física a assistência radioterápica ou então, referenciar formalmente os pacientes que necessitarem desta modalidade terapêutica.

Obs. A Grade de Referência e Perfil Assistencial, podem sofrer alterações, de acordo com a necessidade assistencial da Região e, a atualização seguirá a publicação no site da SESA.

## VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

A composição do valor total será formada por uma parte pré-fixada, e outra pós-fixada:

- 1) **PRÉ-FIXADA:** tem como base a capacidade instalada e o perfil assistencial da unidade hospitalar, vinculada a:
  - habilitação, qualificação e disponibilidade de leitos;
  - qualificação e disponibilidade de leitos de sala vermelha – Pronto Socorro;
  - consultas ambulatoriais especializadas para referência ambulatorial e/ou linha de cuidado – Auto Regulação Formativa Territorial – ARFT;
  - incentivos federais nos termos das respectivas normas e efetivação de repasses federais.

A quantidade e proporção de leitos habilitados, qualificados e contratualizados foram definidos pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com a necessidade e o perfil assistencial da unidade hospitalar contratualizada, com deliberação da Comissão Intergestores Bipartite CIB/ES.

Os hospitais estruturantes deverão disponibilizar 10 (dez) leitos de sala vermelha no Pronto Socorro ou, se adequar no prazo de 06 (seis) meses; sendo que, até a sua adequação deverá receber o valor proporcional à quantidade de leitos disponibilizados no ato da celebração do convênio de contratualização e termos aditivos.

- 2) **PÓS-FIXADA:** será contabilizada por produção e definida com base nas tabelas de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde, vinculada a:
  - exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, referentes à linha de cuidado definido na grade de referência de cada unidade hospitalar;
  - procedimentos de Quimioterapia, Radioterapia, Cateterismo e Cirurgias de Catarata – APAC's;
  - procedimentos ambulatoriais e hospitalares financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações – FAEC;
  - Órtese, Próteses e Materiais especiais – OPME – de alta complexidade.



## VII- ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

As atividades e serviços pactuados encontram descritos nas planilhas do **Anexo A**.

## VIII – METAS ASSISTENCIAIS

A Política Estadual de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS têm por objetivo buscar a qualificação da assistência no processo de gestão hospitalar em razão das necessidades e da inserção do hospital na rede hierarquizada e regionalizada do SUS, garantindo a atenção integral à saúde dos munícipes que integram região de saúde, na qual o Hospital está inserido.

### 8.1 – Internação (Âmbito Hospitalar)

O hospital disponibilizará para a Regulação Estadual o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS- Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

| TIPO DE LEITOS                       | Nº LEITOS MENSAL |
|--------------------------------------|------------------|
| Clínica Médica – Enfermaria Adulto   | 69               |
| Clínica Cirúrgica- Enfermaria Adulto | 77               |
| UTI Adulto                           | 18               |
| UTI Pediátrico                       | 4                |
| UTI Coronariano (UCO)                | 18               |
| UTI Neonatal (UTIN)                  | 14               |
| <b>TOTAL</b>                         | <b>200</b>       |

### 8.2 - Atendimento à Urgências

#### 8.2.1 Sala Vermelha

O hospital disponibilizará o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS- Sistema Único de Saúde:

| TIPO DE LEITO     | Nº LEITOS |
|-------------------|-----------|
| U/E Sala Vermelha | 15        |

## IX – DETALHAMENTO DAS METAS DISPONIBILIZADAS PARA O COMPLEXO REGULADOR

### 9.1 – CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS

Distribuição da quantidade de horas/mês da atenção especializada ambulatorial necessárias para atendimento doprofissional solicitante de acordo com a grade de solicitantes vinculados ao território de abrangência, por meio da Auto Regulação Formativa Territorial.

| Especialidade                                | Nível de atenção | Quant. Horas Mês |
|--|------------------|------------------|
| Consulta em Oncologia                        | III              | 512              |
| Consulta em Oftalmologia                     | III              | 370              |
| Consulta em Nefrologia                       | IV               | 110              |
| Consulta em Cirurgia Vascular                | IV               | 40               |
| Consulta em Cardiologia para Risco Cirúrgico | IV               | 40               |
| Consulta em Oftalmologia Pediátrica          | V                | 20               |
| Consulta em Oftalmologia Glaucoma            | V                | 40               |
| Consulta em Oftalmologia Retina              | V                | 20               |
| Consulta em Cardiopediatria                  | V                | 10               |
| Consulta em Cirurgia Cardíaca Adulto         | V                | 20               |
| Consulta em Cirurgia Cardíaca Pediátrica     | VI               | 10               |
| Consulta em Hematologia Oncológica           | VI               | 40               |
| Consulta em Urologia Oncológica              | VI               | 40               |
| Consulta em Cirurgia Oncológica              | VI               | 40               |
| Consulta em Ginecologia Oncológica           | VI               | 20               |
| Consulta em Cirurgia Torácica Oncológica     | VI               | 10               |
| <b>TOTAL</b>                                 |                  | <b>1342</b>      |

É obrigação da entidade conveniada a disponibilização de plataformas de telemedicina e telediagnóstico próprias, assim como, a disponibilização ao usuário, por meio de acesso on-line, aos resultados de exames realizados pela mesma.

## 9.2 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

O hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade mensal de exames por subgrupo conforme especificado:



| TIPO DE EXAME                                       | QUANTIDADE MÊS |
|---|----------------|
| Coleta de material                                  | 53             |
| Diagnóstico em laboratório clínico                  | 6042           |
| Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia | 3074           |
| Diagnóstico por radiologia                          | 2501           |
| Diagnóstico por ultrassonografia                    | 610            |
| Diagnóstico por endoscopia                          | 320            |
| Métodos diagnósticos em especialidades              | 2800           |

O detalhamento de cada subgrupo por forma organizacional consta no anexo de SIA de média complexidade.

## X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO

O acompanhamento e monitoramento das metas pactuadas neste instrumento serão realizados pela Comissão instituída pela Secretaria de Estado da Saúde, com membros indicados pelo CONVENTENTE E CONCEDENTE.

O acompanhamento e monitoramento tem como objetivo avaliar o desempenho da entidade, na entrega de valores por meio do score que abrange a estrutura e processos assistenciais qualificados, pessoas com competências alinhadas as necessidades assistenciais dos usuários e, para tal estabelecemos ações e metas para as dimensões de:

1. Qualificação da estrutura e processos
2. Qualificação de pessoas
3. Segurança assistencial
4. Experiência dos usuários
5. Acesso ao sistema
6. Eficiência no uso do leito
7. Continuidade dos cuidados
8. Avaliação e Auditoria

### 10.1 - Critérios para Avaliação das Metas.

O desempenho da CONVENIADA, por meio do Score estabelecidos no item 10.2, será acompanhado e apurado mensalmente pela Comissão de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação do Convênio, sendo consolidado a cada 04 (quatro) meses, conforme o cronograma abaixo:





|   |  |                    |
|---|--|--------------------|
| <p>1.2. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)</p>  | <p>Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada, conforme abaixo:</p> <p><b>Hospitais Estruturantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ONA nível I em 18 meses</li> <li>- ONA nível 2 em 30 meses,</li> <li>- ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter.</li> </ul> <p><b>Hospitais Estratégicos:</b><br/>Certificação ONA 1 em 18 meses</p> <p><b>Hospitais de Apoio:</b><br/>Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses.<br/>Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma</p> | <p>5,0</p>         |
| <p><b>2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS</b></p>  |  | <p><b>10,0</b></p> |
| <p>2.1. Qualificação do Corpo Clínico</p>   | <p>50% do Corpo Clínico atende ao requisito de possuir titulação de especialista em uma das especialidades médicas reconhecidas pelo CFM;<br/>70% em até 18 meses;<br/>80% em até 36 meses após a celebração do convênio de contratualização.</p>  | <p>5,0</p>         |
| <p>2.2. Qualificação do Corpo de Enfermagem e equipe multiprofissional de apoio</p>                         | <p>Apresentar Plano de Educação Continuada ativo com meta de 2 horas de treinamento/ funcionário mês – Imediato</p>  | <p>5,0</p>         |
| <p><b>3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL</b></p>   |  | <p><b>20,0</b></p> |
| <p>3.1. Eventos adversos infecciosos graves</p>   | <p>Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.</p>   | <p>10,0</p>        |
| <p>3.2. Eventos adversos não infecciosos graves</p>   |  | <p>5,0</p>         |
| <p>3.3. Reinternações Hospitalares</p>  |  | <p>5,0</p>         |
| <p><b>4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO</b></p>   |  | <p><b>10,0</b></p> |
| <p>4.1. Experiência do Usuário<br/><br/>Pesquisa avaliada pela metodologia do NPS (Net Promoter Score).</p> | <p>Parâmetro de Transição:<br/>Indicador 50 NPS no 4º mês do primeiro quadrimestre.<br/><br/>Carência dos primeiros 3 (três) meses para implantação, monitoramento e avaliação</p>   | <p>10,0</p>        |

|   | Indicador padronizado a partir do segundo quadrimestre.   | 5 Pts<br>Atingir o NPS 50<br>10 Pts<br>Atingir o NPS 65 |
|---|---|---|
| <b>5. ACESSO AO SISTEMA</b>   |   | <b>20,0</b>   |
| 5.1. Acesso Hospitalar  | 100% dos pacientes aceitos do perfil  | 4,0   |
| 5.2. Tempo de Regulação   | 100% das solicitações respondidas em até 2 horas  | 3,5   |
| 5.3. Acesso pela ARFT   | 1º Quadrimestre:<br>10-20% dos atendimentos por meio de opinião formativa<br><br>A partir do 2º Quadrimestre:<br>15-40% dos atendimentos por meio de opinião formativa  | 3,5   |
| 5.4. Prazo de atendimento das consultas da ARFT (Presencial ou por Telemedicina)  | 1º Quadrimestre:<br>70% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II<br><br>A partir do 2º Quadrimestre:<br>95% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II  | 4,0   |
| 5.5. Fila Cirúrgica<br><u>PRAZOS PARA REALIZAÇÃO DAS CIRURGIAS:</u><br>- Emergente: Até 6 horas<br>- Urgente: Até 24 horas<br>- Eletivo Urgente: Até 14 dias<br>- Eletivo (Essencial): Até 90 dias<br>- Eletivo Não Essencial: Até 150 dias | 1º Quadrimestre:<br>70% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos<br><br>A partir do 2º Quadrimestre:<br>95% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos  | 5,0   |
| <b>6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO</b>  |   | <b>15,0</b>   |
| 6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise nos indicadores abaixo:<br>• Internação por causas sensíveis à atenção primária;<br>• Média de Permanência;<br>• Taxa de Reinternação;<br>• Condições Adquiridas.                          | - Alcançar, até o 18º mês de assinatura do convênio, o percentil de 75% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica no perfil brasileiro.<br>- Alcançar, até o 24º mês de assinatura do convênio, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica. | 15,0  |

|  |  |              |
|--|--|--------------|
| <b>7. CONTINUIDADE DOS CUIDADOS</b>  |  | <b>5,0</b>   |
| 7.1. Acompanhamento dos pacientes após alta hospitalar   | Acompanhamento, nos primeiros 30 dias, os pacientes de alta, de todas as clínicas, através de <i>call center</i> ou mensagens eletrônicas com detecção de falhas de continuidade e ações para sua correção, conforme abaixo:<br>1º Quadrimestre: 20% das altas<br>2º Quadrimestre: 40% das altas<br>3º Quadrimestre: 80% das altas | 5,0          |
| <b>8. AVALIAÇÃO E AUDITORIA</b>  |  | <b>10,0</b>  |
| 8.2. Cumprir as Obrigações definidas no convênio de contratualização, avaliadas pela auditoria externa independente. | Cumprir e manter 95% das obrigações elencadas em até 06 meses após a celebração do convênio de contratualização.   | 0 a 10,0     |
| <b>TOTAL</b>   |  | <b>100,0</b> |

A Ficha Técnica de cada indicador do Score consta no **Anexo B**

## XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL   |                      |                              |                   |
|---|----------------------|------------------------------|-------------------|
| PRÉ-FIXADO 80%  | Mensal - Março (R\$) | Abril/2023 a maio/2023 (R\$) | 3 meses (R\$)     |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>  | R\$ 4.587.125,31     | R\$ 9.174.250,62             | R\$ 13.761.375,94 |
| LEITOS - Sala Vermelha - Pronto Socorro - <b>Recurso Estadual</b>   | R\$ 963.436,80       | R\$ 1.926.873,60             | R\$ 2.890.310,40  |
| Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT - <b>Recurso Estadual</b>   | R\$ 128.832,00       | R\$ 257.664,00               | R\$ 386.496,00    |
| Incentivo Federal - IAC - <b>Recurso Federal</b>  | R\$ 398.767,30       | R\$ 797.534,61               | R\$ 1.196.301,91  |
| INTEGRASUS - <b>Recurso Federal</b>   | R\$ 11.845,10        | R\$ 23.690,21                | R\$ 35.535,31     |
| Rede Cegonha - Etapa II do Plano de Ação Regional (Portaria nº 2.516, de 22 de novembro de 2016) - 06 Leitos de UTIN - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 42.216,19        | R\$ 84.432,38                | R\$ 126.648,58    |

|   |                             |                                     |                          |
|---|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº 1806 de 26 de outubro de 2014) Qualificação de leitos de UTI - <b>Recurso Federal</b>               | R\$ 91.468,42               | R\$ 182.936,83                      | R\$ 274.405,25           |
| Residência Médica - Incentivo financeiro de custeio mensal (Portaria GM/MS Nº 2.322 de 23 de outubro de 2014) - <b>Recurso Federal</b>        | R\$ 76.800,00               | R\$ 153.600,00                      | R\$ 230.400,00           |
| Portaria MS nº 096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº017-R, de 02/03/2023- Parcela única - <b>Recurso Federal</b>                          | R\$ 2.319.138,76            | R\$ -                               | R\$ 2.319.138,76         |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>  | <b>R\$ 5.679.394,11</b>     | <b>R\$ 11.358.788,22</b>            | <b>R\$ 17.038.182,34</b> |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>   | <b>R\$ 2.940.235,78</b>     | <b>R\$ 1.242.194,03</b>             | <b>R\$ 4.182.429,81</b>  |
| <b>TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL</b>  | <b>R\$ 8.619.629,89</b>     | <b>R\$ 12.600.982,26</b>            | <b>R\$ 21.220.612,14</b> |
| <b>PRÉ-FIXADO 20%</b>   | <b>Mensal - Março (R\$)</b> | <b>Abril/2023 a maio/2023 (R\$)</b> | <b>3 meses (R\$)</b>     |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>  | R\$ 1.146.781,33            | R\$ 2.293.562,66                    | R\$ 3.440.343,98         |
| LEITOS - Sala Vermelha - Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>  | R\$ 240.859,20              | R\$ 481.718,40                      | R\$ 722.577,60           |
| Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- <b>Recurso Estadual</b>  | R\$ 32.208,00               | R\$ 64.416,00                       | R\$ 96.624,00            |
| Incentivo Federal - IAC - <b>Recurso Federal</b>  | R\$ 99.691,83               | R\$ 199.383,65                      | R\$ 299.075,48           |
| INTEGRASUS - <b>Recurso Federal</b>   | R\$ 2.961,28                | R\$ 5.922,55                        | R\$ 8.883,83             |
| Rede Cegonha - Etapa II do Plano de Ação Regional (Portaria nº 2.516, de 22 de novembro de 2016) - 06 Leitos de UTIN - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 10.554,05               | R\$ 21.108,10                       | R\$ 31.662,14            |
| Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº 1806 de 26 de outubro de 2014) Qualificação de leitos de UTI - <b>Recurso Federal</b>               | R\$ 22.867,10               | R\$ 45.734,21                       | R\$ 68.601,31            |
| Residência Médica - Incentivo financeiro de custeio mensal (Portaria  | R\$ 19.200,00               | R\$ 38.400,00                       | R\$ 57.600,00            |

|  |     |               |     |               |     |               |
|--|-----|---------------|-----|---------------|-----|---------------|
| GM/MS Nº 2.322 de 23 de outubro de 2014) -<br><b>Recurso Federal</b> |     |               |     |               |     |               |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>                                   | R\$ | 1.419.848,53  | R\$ | 2.839.697,06  | R\$ | 4.259.545,58  |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>                                    | R\$ | 155.274,25    | R\$ | 310.548,51    | R\$ | 465.822,76    |
| <b>TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL</b>                           | R\$ | 1.575.122,78  | R\$ | 3.150.245,56  | R\$ | 4.725.368,35  |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL</b>                                   | R\$ | 7.099.242,64  | R\$ | 14.198.485,28 | R\$ | 21.297.727,92 |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL</b>                                    | R\$ | 3.095.510,03  | R\$ | 1.552.742,54  | R\$ | 4.648.252,57  |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>                         | R\$ | 10.194.752,67 | R\$ | 15.751.227,82 | R\$ | 25.945.980,49 |

| COMPONENTE PÓS-FIXADO  | Mensal -Marco (R\$) | Abril/2023 a maio/2023 (R\$) | 3 meses (R\$) |               |     |               |
|--|---------------------|------------------------------|---------------|---------------|-----|---------------|
| Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média complexidade - <b>Recurso Estadual</b>   | R\$                 | 428.985,08                   | R\$           | 857.970,16    | R\$ | 1.286.955,24  |
| APAC'S - quimioterapia, radioterapia, cateterismo, cirurgias de catarata e exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de alta complexidade - <b>Recurso Estadual</b> | R\$                 | 1.845.051,91                 | R\$           | 3.690.103,82  | R\$ | 5.535.155,73  |
| OPME's Alta complexidade - <b>Recurso Estadual</b>   | R\$                 | 220.056,58                   | R\$           | 440.113,16    | R\$ | 660.169,74    |
| OPME's não padronizadas na tabela SUS - <b>Recurso Estadual</b>  | R\$                 | 241.831,40                   | R\$           | 483.662,80    | R\$ | 725.494,20    |
| FAEC Ambulatorial- <b>Recurso Federal</b>  | R\$                 | 345.653,90                   | R\$           | 691.307,80    | R\$ | 1.036.961,70  |
| FAEC Hospitalar- <b>Recurso Federal</b>  | R\$                 | 348.159,62                   | R\$           | 696.319,24    | R\$ | 1.044.478,86  |
| FAEC - TRS- <b>Recurso Federal</b>   | R\$                 | 211.647,86                   | R\$           | 423.295,72    | R\$ | 634.943,58    |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL</b>   | R\$                 | 2.735.924,97                 | R\$           | 5.471.849,94  | R\$ | 8.207.774,91  |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL</b>  | R\$                 | 905.461,38                   | R\$           | 1.810.922,76  | R\$ | 2.716.384,14  |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>   | R\$                 | 3.641.386,35                 | R\$           | 7.282.772,70  | R\$ | 10.924.159,05 |
| <b>TOTAL DO CONVÊNIO</b>   | R\$                 | 13.836.139,02                | R\$           | 23.034.000,52 | R\$ | 36.870.139,54 |

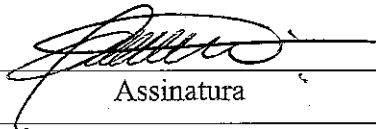
**APROVAÇÃO**

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de **R\$ 36.870.139,54** (trinta e seis milhões, oitocentos e setenta mil, cento e trinta e nove reais e cinquenta e quatro centavos).

**Assinatura e carimbo da Concedente**

Nome: **ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**


CPF: 926.326.297-72

  
Assinatura

**Assinatura e carimbo da Convenente**

Nome: **ELIZEU CRISÓSTOMO DE VARGAS**

CI: 354189 – Órgão Expedidor: SPTC-ES  
CPF: 527.583.627-91

  
Dr. Elizeu Crisóstomo de Vargas  
Presidente do Conselho Deliberativo  
do HECI  
Assinatura

Vitória (ES), 07 de Março de 2023.

## ANEXOS

### ANEXO A: ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

### ANEXO B – FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO - SCORE

### ANEXO C – CNES

## ANEXO A - ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS





### LEITOS HOSPITALARES

| RECURSO ESTADUAL                      |                  |                           |                       |                         |
|---------------------------------------|------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|
| TIPO DE LEITOS                        | Nº LEITOS MENSAL | QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS | VALOR DIÁRIA DE LEITO | VALOR TOTAL MENSAL      |
| Clínica Médica – Enfermaria Adulto    | 69               | 1887,84                   | R\$ 875,00            | R\$ 1.651.860,00        |
| Clínica Cirúrgica – Enfermaria Adulto | 77               | 1989,68                   | R\$ 977,00            | R\$ 1.943.917,36        |
| UTI Adulto                            | 18               | 492,48                    | R\$ 1.385,00          | R\$ 682.084,80          |
| UTI Pediátrico                        | 4                | 109,44                    | R\$ 1.385,00          | R\$ 151.574,40          |
| UTI Coronariano (UCO)                 | 18               | 492,48                    | R\$ 1.696,00          | R\$ 835.246,08          |
| UTI Neonatal (UTIN)                   | 14               | 383,04                    | R\$ 1.225,00          | R\$ 469.224,00          |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>200</b>       |                           |                       | <b>R\$ 5.733.906,64</b> |

| TIPO DE LEITOS    | Nº LEITOS MENSAL | QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS | VALOR DIÁRIA DE LEITO | VALOR TOTAL MENSAL      |
|-------------------|------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|
| U/E Sala Vermelha | 15               | 456                       | R\$ 2.641,00          | R\$ 1.204.296,00        |
| <b>TOTAL</b>      | <b>15</b>        |                           | <b>R\$ 2.641,00</b>   | <b>R\$ 1.204.296,00</b> |

|                              |            |  |  |                         |
|------------------------------|------------|--|--|-------------------------|
| <b>TOTAL GERAL DE LEITOS</b> | <b>215</b> |  |  | <b>R\$ 6.938.202,64</b> |
|------------------------------|------------|--|--|-------------------------|

### Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT

| RECURSO ESTADUAL                    |                         |            |                 |
|-------------------------------------|-------------------------|------------|-----------------|
| ESPECIALIDADE                       | HECI - QUANT. HORAS MÊS | VALOR HORA | VALOR TOTAL MÊS |
| Consulta em Oncologia               | 512                     | R\$ 120,00 | R\$ 61.440,00   |
| Consulta em Oftalmologia            | 370                     | R\$ 120,00 | R\$ 44.400,00   |
| Consulta em Oftalmologia Pediátrica | 20                      | R\$ 120,00 | R\$ 2.400,00    |
| Consulta em Oftalmologia Glaucoma   | 40                      | R\$ 120,00 | R\$ 4.800,00    |
| Consulta em Oftalmologia Retina     | 20                      | R\$ 120,00 | R\$ 2.400,00    |
| Consulta em Nefrologia              | 110                     | R\$ 120,00 | R\$ 13.200,00   |
| Consulta Cardiopediatria            | 10                      | R\$ 120,00 | R\$ 1.200,00    |
| Consulta em Hematologia Oncológica  | 40                      | R\$ 120,00 | R\$ 4.800,00    |
| Consulta em Cirurgia Oncológica     | 40                      | R\$ 120,00 | R\$ 4.800,00    |
| Consulta em Urologia Oncológica     | 40                      | R\$ 120,00 | R\$ 4.800,00    |

|  |             |     |        |            |                   |
|--|-------------|-----|--------|------------|-------------------|
| Consulta em Ginecologia Oncológica           | 20          | R\$ | 120,00 | R\$        | 2.400,00          |
| Consulta em cirurgia torácica oncológica     | 10          | R\$ | 120,00 | R\$        | 1.200,00          |
| Consulta em Cirurgia Vascular                | 40          | R\$ | 120,00 | R\$        | 4.800,00          |
| Consulta em Cirurgia Cardíaca Adulto         | 20          | R\$ | 120,00 | R\$        | 2.400,00          |
| Consulta em Cirurgia Cardíaca pediátrica     | 10          | R\$ | 120,00 | R\$        | 1.200,00          |
| Consulta em Cardiologia para risco cirúrgico | 40          | R\$ | 120,00 | R\$        | 4.800,00          |
| <b>TOTAL DE HORAS</b>                        | <b>1342</b> |     |        | <b>R\$</b> | <b>161.040,00</b> |

**SIA - Média Complexidade-**

| RECURSO ESTADUAL                                     |  |   |            |                |            |
|--|--|---|------------|----------------|------------|
| Grupo  | Subgrupo   | Forma Organizacional  | Quant/ mês | Valor Unitário | Valor/mês  |
| <b>02 - Procedimentos com Finalidade Diagnóstica</b> | 01 - Coleta de material                                  | 01 - Coleta de material por meio de punção/biopsia (próstata)   | 50         | 92,38          | 4.619,00   |
|  |  | 01 - Biopsia  | 3          | 27,66          | 82,98      |
|  | 02 - Diagnóstico em laboratório clínico                  | 01 - Bioquímicos  | 3088       | 2,75           | 8.492,00   |
|  |  | 01 - Determinação de Creatinina no leite humano ordenhado   | 120        | 1,53           | 183,60     |
|  |  | 02 - Hematológicos e Hemostasia   | 776        | 3,82           | 2.964,32   |
|  |  | 03 - Exames Sorológicos e Imunológicos  | 855        | 15,18          | 12.978,90  |
|  |  | 04 - Coprológicos   | 169        | 1,66           | 280,54     |
|  |  | 05 - Uroanálise   | 242        | 3,71           | 897,82     |
|  |  | 06 - Hormonais  | 405        | 9,90           | 4.009,50   |
|  |  | 07 - Toxicológicos ou Monitorização Terapêutica   | 7          | 6,22           | 43,54      |
|  |  | 08 - Microbiológicos  | 188        | 6,94           | 1.304,72   |
|  |  | 08 - Cultura do leite humano  | 121        | 5,62           | 680,02     |
|  |  | 09 - Exames em outros líquidos biológicos   | 2          | 2,60           | 5,20       |
|  |  | 10 - Exames de Genética   | 1          | 32,48          | 32,48      |
|  | 12 - Imunohematológico                                   | 68  | 1,37       | 93,16          |            |
|  | 03 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia | 01 - Citopatológico - 02.03.01.001-9  | 550        | 13,72          | 7.546,00   |
|  |  | 01 - Citopatológico - 02.03.01.008-6 - Exame Citopatológico Cervico Vaginal/Microflora - Rastreamento | 2189       | 14,37          | 31.455,93  |
|  |  | 02 - Anatomopatológico  | 335        | 90,27          | 30.240,45  |
|  | 04 - Diagnóstico por Radiologia                          | 03 - Mamografia Bilateral por rastreamento  | 2.430      | 45,00          | 109.350,00 |

|   |   |  |      |        |           |
|---|---|--|------|--------|-----------|
|   |   | 03- Mamografia Diagnóstica   | 71   | 22,50  | 1.597,50  |
|   | 05 - Diagnóstico por ultrassonografia                     | 02 - Ultrassonografia dos demais Sistemas  | 100  | 26,78  | 2.678,00  |
|   |   | 02 - Ultrassonografia dos demais Sistemas (Complexo Regulador)                     | 100  | 26,78  | 2.678,00  |
|   |   | 01 - Ecocardiograma  | 210  | 39,94  | 8.387,40  |
|   |   | 01- Sistema circulat Doppler de vasos  | 200  | 39,60  | 7.920,00  |
|   |   |  |      |        |           |
| 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica | 09 -Diagnóstico por endoscopia                            | 01- Esofagogastroduodenoscopia (endoscopia digestiva alta)                         | 200  | 48,16  | 9.632,00  |
|   |   | 01 - Colonoscopia (coloscopia)   | 100  | 112,65 | 11.265,00 |
|   |   | 01 - Retossigmoidoscopia   | 15   | 23,13  | 346,95    |
|   |   | 04 - Aparelho respiratório (Broncoscopia)  | 5    | 36,02  | 180,10    |
|   | 11- Métodos Diagnósticos em Especialidades                | 02- Diagnóstico em Cardiologia - Teste Ergométrico                                 | 200  | 30,00  | 6.000,00  |
|   |   | 02 - Diagnostico em Cardiologia  | 170  | 5,15   | 875,50    |
|   |   | 02 - Diagnóstico em Cardiologia - Holter   | 50   | 30,00  | 1.500,00  |
|   |   | 05 - Diagnóstico em neurologia (Eletroencefalograma)                               | 30   | 25,00  | 750,00    |
|   |   | 05 - Diagnóstico em neurologia (Eletroneuromiografia)                              | 150  | 27,00  | 4.050,00  |
|   |   | 06 - Diagnóstico em Oftalmologia   | 2000 | 24,24  | 48.480,00 |
|   |   | 06 - Diagnóstico em Oftalmologia - Retinografia Fluorescente                       | 50   | 64,00  | 3.200,00  |
|   | 12 - Diagnóstico e Procedimentos Especiais em Hemoterapia | 06- Diagnóstico em Oftalmologia - Retinografia Colorida                            | 150  | 24,68  | 3.702,00  |
|   |   | 01- Exame do Doador/Receptor   | 1175 | 15,67  | 18.412,25 |
|   |   | 02- Procedimentos Especiais em Hemoterapia   | 803  | 10,86  | 8.720,58  |
|   | 14- Diagnóstico por Teste Rápido                          | 01 - Teste realizado fora da estrut lab.   | 2    | 1,00   | 2,00      |
|   | 06- Hemoterapia   | 01- Procedimentos destinados a obtenção do sangue p/ fins de assist hemot          | 1680 | 15,62  | 26.241,60 |
|   |   | 02- Medicina Transfusional   | 670  | 6,13   | 4.107,10  |
|   | 05- Cirurgia da Visão                                     | 03 -0045 - Corpo vítreo, retina, coróide e esclera - Fotocoagulação a laser        | 100  | 75,15  | 7.515,00  |
|   |   | 03-0053 - INJECAO INTRA-VITREO   | 65   | 82,28  | 5.348,20  |
|   |   | 05- Conjuntiva, Cornea, Camara Anterior, Iris,Corpo Ciliar e Cristalino (PTERIGIO) | 100  | 209,55 | 20.955,00 |
|   |   | 05-002-0 Capsulotomia por Yag Laser  | 90   | 78,75  | 7.087,50  |

|              |   |   |              |       |                   |
|--------------|---|---|--------------|-------|-------------------|
|              | 07- Cirurgia do Aparelho Digestivo, órgão e anexo | 01- ESOF, ESTO, DUODENO (retirada de pólipos) | 7            | 29,84 | 208,88            |
|              | 17- Anestesiologia                                | 01- Anestésias                                | 123          | 15,32 | 1.884,36          |
| <b>TOTAL</b> |   |   | <b>20215</b> |       | <b>428.985,08</b> |

Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.

### SIA - Alta Complexidade-

| RECURSO ESTADUAL  |   |  |           |                |            |
|---|---|--|-----------|----------------|------------|
| Grupo   | Subgrupo                                      | Forma Organizacional   | Quant/mês | Valor Unitário | Valor/mês  |
| <b>02-<br/>Procedimentos<br/>com Finalidade<br/>Diagnóstica</b> | 04 - Diagnóstico por radiologia               | 06 - Exames Radiológicos da Cintura Pélvica e dos membros inferiores (densitometria óssea) | 185       | 55,1           | 10.193,50  |
|   | 06 - Diagnóstico por tomografia               | 01 - Cabeça, Pescoço e Coluna vertebral  | 490       | 96,12          | 47.098,80  |
|   |   | 02 - Tórax e Membros Superiores  | 170       | 133,58         | 22.708,60  |
|   |   | 03 - Abdômen, Pelve Membros inferiores   | 266       | 137,06         | 36.457,96  |
|   |   | 01,02,03 - Tomo com sedação  | 10        | 115,44         | 1.154,40   |
|   | 07- Diagnóstico por Ressonância Magnética     | 01 - RM de cabeça, pescoço e coluna vertebral  | 605       | 268,75         | 162.593,75 |
|   |   | 02 - RM de tórax e membros superiores  | 200       | 268,75         | 53.750,00  |
|   |   | 03- RM do abdômen, pelve e membros inferiores  | 400       | 268,75         | 107.500,00 |
|   | 08- Diagnóstico por Medicina Nuclear in VIVO  | 01- Aparelho Cardiovascular  | 40        | 457,74         | 18.309,60  |
|   |   | 01 - Aparelho Cardiovascular (miocárdio de repouso)  | 40        | 429,22         | 17.168,80  |
|   |   | 01 - Aparelho Cardiovascular   | 15        | 395,8          | 5.937,00   |
|   |   | 02 - Aparelho Digestivo  | 2         | 133,88         | 267,76     |
|   |   | 03 - Aparelho endócrino  | 5         | 238,74         | 1.193,70   |
|   |   | 04 - Aparelho Geniturinário  | 5         | 146,16         | 730,80     |
|   |   | 05 - Aparelho esquelético  | 120       | 190,96         | 22.915,20  |
|   |   | 06 - Aparelho nervoso  | 1         | 438,49         | 438,49     |
| 07- Aparelho Respiratório                                       |   | 1  | 129,31    | 129,31         |            |
| 08- Outros métodos de diagnóstico em medicina nuclear vivo      |   | 2  | 906,8     | 1.813,60       |            |
| 10 - Diagnóstico por radiologia intervencionista                | 01 - Angiografia, aortografia e arteriografia | 58   | 188,04    | 10.906,32      |            |

|                                      |   |   |              |          |                     |
|--------------------------------------|---|---|--------------|----------|---------------------|
|                                      | 11 - Métodos diagnósticos em especialidades | 02 - Cateterismo  | 108          | 614,72   | 66.389,76           |
| <b>03 - Procedimentos Clínicos</b>   | 04- Tratamento em Oncologia                 | 01- Radioterapia  | 52           | 4.471,71 | 232.528,92          |
|                                      |   | 01 - Radioterapia - Braquiterapia   | 30           | 1.000,00 | 30.000,00           |
|                                      |   | 02- Quimioterapia Paliativa Adulto  | 737          | 564,04   | 415.697,48          |
|                                      |   | 02 - Quimioterapia de Carcinoma do Fígado ou do Trato Biliar Avançado   | 5            | 571,5    | 2.857,50            |
|                                      |   | 03- Quimioterapia p/ controle temporário de doença-adulto   | 135          | 539,76   | 72.867,60           |
|                                      |   | 04- Quimioterapia prévia (neoadjuvante/citorredutora) adulto  | 50           | 1.273,77 | 63.688,50           |
|                                      |   | 05- Quimioterapia adjuvante(profilática) adulto   | 857          | 230,93   | 197.907,01          |
|                                      |   | 06- Quimioterapia curativa adulto   | 14           | 1.808,79 | 25.323,06           |
|                                      |   | 07- Quimioterapia de tumores de criança e adolescente   | 3            | 1.700,00 | 5.100,00            |
|                                      |   | 08- Quimioterapia procedimentos especiais   | 76           | 453,41   | 34.459,16           |
| <b>04 - Procedimentos Cirúrgicos</b> | 05- Cirurgia do aparelho da visão           | 05 - Conjuntiva, Córnea, Câmara Anterior, Iris, Corpo Ciliar e Cristalino - Catarata (facoemulsificação - Lente dobrável) | 230          | 771,6    | 177.468,00          |
| <b>TOTAL</b>                         |   |   | <b>5.171</b> |          | <b>1.845.051,91</b> |

Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.

**OPME's- Alta complexidade -**

| RECURSO ESTADUAL                          |              |             |                       |
|---|--------------|-------------|-----------------------|
| Forma Organ Secund.                       | MÉDIA MENSAL | VALOR UNIT. | VALOR MÊS             |
| 070201 OPME em Neurocirurgia              | 4            | R\$ 673,07  | R\$ 2.692,28          |
| 070203 OPME em Ortopedia                  | 1            | R\$ 60,59   | R\$ 60,59             |
| 070204 OPME em Assistência Cardiovascular | 314          | R\$ 692,05  | R\$ 217.303,70        |
| <b>Total</b>                              | <b>319</b>   |             | <b>R\$ 220.056,58</b> |

Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.

**OPME NÃO PADRONIZADA SUS**

| RECURSO ESTADUAL |  |            |                |                       |
|------------------|--|------------|----------------|-----------------------|
|                  | MATERIAL   | QUANTIDADE | VALOR UNITÁRIO | VALOR MÊS             |
| 1                | FIO GUIA AMPLATZ 0.035X260MM   | 6          | R\$ 500,00     | R\$ 3.000,00          |
| 2                | FIO GUIA LUNDERQUIST   | 7          | R\$ 517,00     | R\$ 3.619,00          |
| 3                | CATETER SUPORTE 0,035 OU 0,018   | 25         | R\$ 450,00     | R\$ 11.250,00         |
| 4                | CATETER PIG TAIL<br>CENTIMENTRADO  | 4          | R\$ 1.000,00   | R\$ 4.000,00          |
| 5                | DISPOSITIVO DE INSUFLAÇÃO  | 24         | R\$ 230,00     | R\$ 5.520,00          |
| 6                | PROGLIDE   | 10         | R\$ 1.100,00   | R\$ 11.000,00         |
| 7                | BAINHA LONGA   | 3          | R\$ 900,00     | R\$ 2.700,00          |
| 8                | FIO GUIA CONFIDA OU SAFARI / Fio<br>0,14                                       | 1          | R\$ 191,00     | R\$ 191,00            |
| 9                | OCTOPLUS   | 1          | R\$ 3.200,00   | R\$ 3.200,00          |
| 10               | KIT SELANTE DE FIBRINA<br>(FIBRINOGEN, APROTIN,<br>TROMBINA) 4ML               | 10         | R\$ 1.297,14   | R\$ 12.971,40         |
| 11               | KIT PARA REALIZAÇÃO DE<br>IMPLANTE PERCUTÂNEO DE<br>VÁLVULA AÓRTICA - EVOLUT R | 2          | R\$ 80.990,00  | R\$ 161.980,00        |
| 12               | PINÇA ULTRASSÔNICA PARA<br>CIRURGIA DE ENDOMETRIOSE<br>PROFUNDA                | 11         | R\$ 2.000,00   | R\$ 22.000,00         |
| 13               | PAPILOTOMO TIPO TRIPLO LUMEN   | 1          | R\$ 400,00     | R\$ 400,00            |
| <b>TOTAL</b>     |  |            |                | <b>R\$ 241.831,40</b> |

Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.

**FAEC HOSPITALAR**

| RECURSO FEDERAL                    |   |  |            |                |            |
|------------------------------------|---|--|------------|----------------|------------|
| Grupo                              | Subgrupo  | Forma Organizacional                           | Quant/ mês | Valor Unitário | Valor/mês  |
| 04-<br>Procedimentos<br>cirúrgicos | 06 - Cirurgia do<br>Aparelho<br>Circulatório                                      | 01 - Cirurgia<br>cardiovascular                | 15         | 10.771,95      | 161.579,25 |
|                                    |   | 03 - Angioplastia<br>Coronariana Primária      | 10         | 5.606,76       | 56.067,60  |
|                                    | 07 - Cirurgia do<br>aparelho<br>digestivo, órgãos<br>anexos e parede<br>abdominal | 01 - Esôfago, estômago<br>e duodeno            | 17         | 5.899,07       | 100.284,19 |
|                                    |   | 04 - Outras Cirurgias<br>Plásticas Reparadoras | 1          | 1.101,72       | 1.101,72   |

|   |  |  |   |          |          |        |
|---|--|--|---|----------|----------|--------|
|   | 15 - Outras Cirurgias  | 01 - Múltiplas   | 1   | 5.888,59 | 5.888,59 |        |
| <b>05- Transplantes de órgãos, tecidos e células</b>                          | 01 - Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante | 06 - Exame complementar para Diagnóstico de Morte Encefálica   | 1   | 600,00   | 600,00   |        |
|   |  | 07 - Outros exames complementares - Tipagem Sanguínea ABO e outros exames hematológicos em possível doador de órgãos | 1   | 15,00    | 15,00    |        |
|   | 02 - Avaliação de morte encefálica   | 01 - Avaliação clínica da morte encefálica em maior de 02 anos   | 1   | 215,00   | 215,00   |        |
|   | 03 - Ações relacionadas doação de órgãos tecidos e células                             | 01 - Ações relacionadas a doação de órgãos e tecidos para transplante  | 1   | 603,06   | 603,06   |        |
|   |  | 02 - Cirurgia p/ Transplante - doador vivo   | 1   | 2.123,59 | 2.123,59 |        |
|   |  | 03 - Manutenção Hemodinâmica de possível doador e taxa de sala para retirada de órgãos                               | 1   | 900,00   | 900,00   |        |
|   | 03 - Ações relacionadas doação de órgãos tecidos e células                             | 04 - Ações Complementares 001-0 - Coordenação de sala cirúrgica para retirada de órgãos e tecidos                    | 04 - Ações Complementares 001-0 - Coordenação de sala cirúrgica para retirada de órgãos e tecidos           | 1        | 400,00   | 400,00 |
|   |  |  | 04 - Ações Complementares 004-5 - Diária de UTI de provável doador de órgãos                                | 1        | 508,63   | 508,63 |
|   |  | 04 - Ações Complementares 005-3 - Entrevista familiar para doação de órgãos de doadores em morte encefálica          | 04 - Ações Complementares 005-3 - Entrevista familiar para doação de órgãos de doadores em morte encefálica | 1        | 420,00   | 420,00 |
|   |  |  | 04 - Ações Complementares 006-1 - Entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado | 1        | 420,00   | 420,00 |
| 04 - Ações Complementares 008-8 Captação de órgãos efetivamente transplantado |  |  | 1   | 260,00   | 260,00   |        |

|              |  |   |           |           |                   |
|--------------|--|---|-----------|-----------|-------------------|
|              | 05 - Transplante de órgãos, tecidos e células                | 02- Transplante de órgãos   | 1         | 16.557,99 | 16.557,99         |
|              | 06 - Acompanhamento e intercorrências no pré-pós transplante | 01 - Avaliação do possível doador falecido de órgãos ou tecidos para transplantes | 1         | 215,00    | 215,00            |
| <b>TOTAL</b> |  |   | <b>57</b> |           | <b>348.159,62</b> |

Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.

### FAEC TRS

| RECURSO FEDERAL   |  |                          |   |           |                |            |
|---|--|--------------------------|---|-----------|----------------|------------|
| Grupo   | Subgrupo   | Forma Organizacional     | Procedimento  | Quant/mês | Valor Unitário | Valor/mês  |
| 03 - Procedimentos Clínicos                                 | 05 - Tratamento em nefrologia  | 01 - Hemodiálise         | 03.05.01.009-3 - Hemodiálise (Máximo 1 vez por semana - (Excepcionalidade))   | 9         | 218,47         | 1.966,23   |
|   |  |                          | 03.05.01.010-7 - Hemodiálise (Máximo 3 vezes por semana)  | 923       | 218,47         | 201.647,81 |
|   |  |                          | 03.05.01.011-5 - Hemodiálise em paciente com sorologia positivapara HIV e/ou Hepatite B e/ou Hepatite C ((Máximo 3 vezes por semana)) | 10        | 265,41         | 2.654,10   |
| 04 - Procedimentos cirúrgicos                               | 18 - Cirurgias em nefrologia   | 01 - Acesso para diálise | 04.18.01.003-0 - Confeção de Fístula Arterio-Venosa p/ Hemodiálise  | 8         | 600,00         | 4.800,00   |
| 07- Fornecimento de Órtese e Próteses e Materiais Especiais | 02-Órtese, Próteses e Materiais especiais relacionados ato cirúrgico | 10 - OPM em Nefrologia   | 07.02.10.002-1 - Catéter para subclávia Duplo Lumem para Hemodiálise  | 4         | 64,76          | 259,04     |
|   |  |                          | 07.02.10.009-9 - Dilatador para implante de Catéter Duplo Lumem para Hemodiálise  | 4         | 64,76          | 259,04     |
|   |  |                          | 07.02.10.010-2 - Guia Metálico para introdução do   | 4         | 15,41          | 61,64      |



|              |  |                        |            |                   |
|--------------|--|------------------------|------------|-------------------|
|              |  | Cateter Duplo<br>Lumem |            |                   |
| <b>TOTAL</b> |  |                        | <b>962</b> | <b>211.647,86</b> |

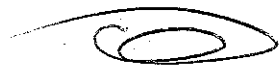
Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.

### INCENTIVOS

| RECURSO FEDERAL   |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| TIPO INCENTIVO  | 80%                   | 20%                   | TOTAL                 |
| Incentivo Federal - IAC - <b>Recurso Federal</b>  | R\$ 398.767,30        | R\$ 99.691,83         | R\$ 498.459,13        |
| INTEGRASUS - <b>Recurso Federal</b>   | R\$ 11.845,10         | R\$ 2.961,28          | R\$ 14.806,38         |
| Rede Cegonha - Etapa II do Plano de Ação Regional (Portaria nº 2.516, de 22 de novembro de 2016) - 06 Leitos de UTIN - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 42.216,19         | R\$ 10.554,05         | R\$ 52.770,24         |
| Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº 1806 de 26 de outubro de 2014) Qualificação de leitos de UTI - <b>Recurso Federal</b>               | R\$ 91.468,42         | R\$ 22.867,10         | R\$ 114.335,52        |
| Residência Médica - Incentivo financeiro de custeio mensal (Portaria GM/MS Nº 2.322 de 23 de outubro de 2014) - <b>Recurso Federal</b>        | R\$ 76.800,00         | R\$ 19.200,00         | R\$ 96.000,00         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>R\$ 621.097,02</b> | <b>R\$ 155.274,25</b> | <b>R\$ 776.371,27</b> |



**ANEXO B – FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E  
DESEMPENHO - SCORE**



## FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO SCORE

### 1 - QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS

#### 1.1: Atender a legislação brasileira

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Meta</b>              | 100% dos Alvarás e licenças atualizados em até 12 meses após a assinatura do convênio  |
| <b>Objetivo</b>          | <p>Uma Organização Prestadora de Serviços de Saúde para seu funcionamento precisa atender a diversos requisitos de órgãos reguladores para garantir segurança assistencial e jurídica. Para evidenciar que se encontra regular e com as autorizações devidas para seu funcionamento precisa manter atualizados todos os documentos relacionados. Abaixo estão relacionados os documentos considerados obrigatórios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;</li> <li>• Alvará de Autorização Sanitária;</li> <li>• Alvará de Localização e Funcionamento;</li> <li>• Certificado de Autorização de Funcionamento Farmácia (AFE) – ANVISA;</li> <li>• Certificado de Inscrição de Pessoa Jurídica – CRM;</li> <li>• Anotação de Responsabilidade Técnica (Médico (CRM), Enfermagem (Coren) e farmacêutico (CRF));</li> <li>• Regimento interno do corpo clínico;</li> <li>• Registo de todos os médicos em atividade no CRM;</li> <li>• Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros – AVCB;</li> </ul> <p>Primeira avaliação imediatamente antes do início da operação</p> |
| <b>Método de Cálculo</b> | $\frac{\text{Número de Alvarás e licenças atualizadas}}{\text{Número de Alvarás e licenças relacionadas}} \times 100$  |
| <b>Periodicidade</b>     | Contínuo   |
| <b>Responsável</b>       | Hospital   |

#### 1.2 – Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Meta</b>               | Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada   |
| <b>Objetivo</b>           | <p>O processo de avaliação voluntário coordenado pela ONA atua por intermédio de instituições acreditadoras (IAC's), as quais têm a responsabilidade de proceder a avaliação e a certificação da qualidade nas organizações de saúde. Ao final do processo de avaliação a organização de saúde será acreditada se atingir os percentuais de atendimento dos requisitos por subseção, relativos ao nível, podendo ser considerada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acreditada, se atingir conformidade com os requisitos de nível 1;</li> <li>• Acreditada pleno, se atingir conformidade com os requisitos de nível 1 e 2;</li> <li>• Acreditada com Excelência, se atingir conformidade com os requisitos de nível 1, 2 e 3.</li> </ul> |
| <b>Forma de Evidência</b> | Certificados atualizados  |
| <b>Periodicidade</b>      | Contínuo  |
| <b>Responsável</b>        | Hospital  |

## 2 - QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS

### 2.1 – Qualificação técnica do corpo clínico

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Meta</b>     | 70% do corpo clínico atender ao requisito em até 18 meses; 80% em até 36 meses após a celebração do convênio de contratualização.  |
| <b>Objetivo</b> | <p>Para qualquer uma das especialidades médicas reconhecidas no Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio dos seus Conselhos Regionais (CRM), reconhece como especialista e concede certificação, apenas aos médicos que apresentarem pelo menos um destes dois documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de Conclusão de Residência Médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do MEC;</li> <li>• Título de Especialista concedido por Associação ou Sociedade Brasileira da respectiva especialidade, que seja</li> </ul> |

|                          |  |
|--------------------------|--|
|                          | filiada à Associação Médica Brasileira (AMB) e cujo edital do concurso para Título de Especialista siga as normas da AMB e seja aprovado pela mesma.   |
| <b>Método de Cálculo</b> | Registo: Certificados do corpo clínico ativo e Lista de médicos cadastrados no CRM<br><br>Total de médicos com título de especialista na sua área de atuação dividido pelo Total de médicos que compõem o corpo clínico registado no CRM x 100 |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal   |
| <b>Responsável</b>       | Hospital   |

## 2.2 – Qualificação do Corpo de Enfermagem e Equipe Multiprofissional de apoio

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Meta</b>              | Apresentar Plano de Educação Continuada ativo com meta de 2 horas de treinamento/ funcionário mês – Imediato  |
| <b>Objetivo</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Promover melhor qualidade assistencial por meio de treinamentos.</li> </ul>  |
| <b>Método de Cálculo</b> | Horas de treinamento executada dividido pelo total de horas programadas no Plano x 100<br><br>Registo em livro de Reuniões com tema abordado, data, público alvo, palestrante e horas de treinamento realizado. |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal  |
| <b>Responsável</b>       | Hospital  |

## 3 - SEGURANÇA ASSISTENCIAL

### 3.1 – Eventos adversos infecciosos graves

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>Meta</b>     | Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.   |
| <b>Objetivo</b> | Diminuir os Eventos Adversos Infecciosos graves. A ocorrência de eventos adversos (condições adquiridas) tem um importante impacto no sistema de saúde, contribuindo para o aumento do tempo de permanência do paciente, impactando no desfecho |

|                          |  |
|--------------------------|--|
|                          | clínico, acarretando o aumento na morbi mortalidade e aumento os custos assistenciais. Se faz necessário conhecer a abrangência e a real magnitude da sua ocorrência, para identificação de fatores associados e definição de ações para o efetivo controle do impacto dos eventos adversos no sistema de saúde local. |
| <b>Método de Cálculo</b> | Critério diagnóstico: Anvisa<br>Número Eventos Adversos Infeciosos graves ocorridos dividido pelo Número de altas hospitalares x 100   |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal   |
| <b>Responsável</b>       | Hospital   |

### 3 2: Eventos adversos não infecciosos graves

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Meta</b>              | Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.  |
| <b>Objetivo</b>          | Diminuir os Eventos Adversos não infecciosos graves. A ocorrência de eventos adversos (condições adquiridas) tem um importante impacto no sistema de saúde, contribuindo para o aumento do tempo de permanência do paciente, impactando no desfecho clínico, acarretando o aumento na morbi mortalidade e aumento os custos assistenciais. Se faz necessário conhecer a abrangência e a real magnitude da sua ocorrência, para identificação de fatores associados e definição de ações para o efetivo controle do impacto dos eventos adversos no sistema de saúde local. |
| <b>Método de Cálculo</b> | Número Eventos Adversos não Infeciosos graves ocorridos dividido pelo Número de altas hospitalares x 100   |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal   |
| <b>Responsável</b>       | Hospital   |

### 3 3: Reinternações Hospitalares



|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Meta</b>              | Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.  |
| <b>Objetivo</b>          | Diminuir as reinternações nos primeiros 30 dias após a alta por evento adverso infecciosos adquirido no hospital e manifesto ou agravado após a alta Hospitalar ou com o mesmo diagnóstico (CID) da primeira internação. A ocorrência de readmissões hospitalares nos primeiros 30 dias após a alta tem um importante impacto no sistema de saúde, contribuindo para o aumento do tempo de permanência do paciente, impactando no desfecho clínico, acarretando o aumento na mortalidade e aumento dos custos assistenciais. Se faz necessário conhecer a abrangência e a real magnitude da sua ocorrência, para identificação de fatores associados e definição de ações para o efetivo controle do impacto dos eventos adversos no sistema de saúde local. |
| <b>Método de Cálculo</b> | Número de readmissões em 30 dias após a alta dividido pelo Número de altas x 100   |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal   |
| <b>Responsável</b>       | Hospital   |

#### 4 - EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO

##### 4.1: Experiência do Usuário

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Meta</b>              | Parâmetro de Transição:<br><br>Indicador nota 50 NPS no 4º mês do primeiro quadrimestre.<br><br>Carência dos primeiros 3 (três) meses para implantação, monitoramento e avaliação<br><br>Indicador padronizado a partir do segundo quadrimestre. |
| <b>Objetivo</b>          | Melhorar a experiência do cliente durante a jornada hospitalar.  |
| <b>Método de Cálculo</b> | $NPS = \text{Respostas } 9 \text{ ou } 10 / \text{Número de respondentes}$   |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal   |

|                 |  |
|-----------------|--|
| Fonte dos dados | Pesquisa com usuários – Plataforma disponibilizada pela SESA |
|-----------------|--|

## 5 - ACESSO DO USUÁRIO

### 5.1: Acesso hospitalar

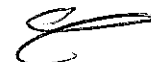
|                   |  |
|-------------------|--|
| Meta              | Aceitação dos 100% dos pacientes para internação para os leitos contratualizados e disponibilizadas eletronicamente na central de regulação de internação. |
| Objetivo          | Garantir acesso rápido e seguro  |
| Método de Cálculo | Número de pacientes aceitos dividido pelo numero de solicitações cadastradas para o hospital x 100   |
| Periodicidade     | Mensal   |
| Fonte dos dados   | Central de Regulação de Internação   |

### 5. 2: Tempo de Regulação

|                   |  |
|-------------------|--|
| Meta              | 100% das solicitações respondidas em até 2 horas   |
| Objetivo          | Garantir acesso rápido e seguro  |
| Método de Cálculo | Número de solicitações respondidas em até 2 horas dividido pelo numero de solicitações cadastradas para o hospital x 100 |
| Periodicidade     | Mensal   |
| Origem do dado    | Central de Regulação de Internação   |

### 5.3 :Acesso pela ARFT

|          |   |
|----------|---|
| Meta     | <p><u>1º Quadrimestre:</u><br/>10-20% dos atendimentos por meio de opinião formativa</p> <p><u>A partir do 2º Quadrimestre:</u><br/>15-40% dos atendimentos por meio de opinião formativa</p> |
| Objetivo | Garantir acesso   |





|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Método de Cálculo</b> | Número de atendimentos por meio de opinião formativa dividido pelo número de atendimentos realizados x 100 |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal   |
| <b>Origem do dado</b>    | ARFT - NERCE   |

#### 5.4: Prazo de atendimento das consultas da ARFT (Presencial ou por Telemedicina)

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Meta</b>              | <u>1º Quadrimestre:</u><br>70% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II<br><u>A partir do 2º Quadrimestre:</u><br>95% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II |
| <b>Objetivo</b>          | Garantir acesso dentro do pactuado   |
| <b>Método de Cálculo</b> | Número de atendimentos realizados dentro do prazo dividido pelo total de atendimentos x 100  |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal   |
| <b>Origem do dado</b>    | ARFT   |

#### 5.5: Fila Cirúrgica

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Meta</b>              | <u>1º Quadrimestre:</u><br>70% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos<br><u>A partir do 2º Quadrimestre:</u><br>95% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos |
| <b>Objetivo</b>          | Garantir acesso dentro dos prazos:<br>- Emergente: Até 6 horas<br>- Urgente: Até 24 horas<br>- Eletivo Urgente: Até 14 dias<br>- Eletivo (Essencial): Até 90 dias<br>- Eletivo Não Essencial: Até 150 dias                 |
| <b>Método de Cálculo</b> | Número de cirurgias realizadas dentro do prazo dividido pelo   |

|                       |                                     |
|-----------------------|-------------------------------------|
|                       | total de cirurgias realizadas x 100 |
| <b>Periodicidade</b>  | Mensal                              |
| <b>Origem do dado</b> | Sistema de AIH Eletrônica           |

## 6 - EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO

### 6.1 Eficiência no uso dos recursos, com análise nos indicadores

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Meta</b>              | - Alcançar, até o 18º mês de assinatura do convênio, o percentil de 75% e, até o 24º mês de assinatura do convênio, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Internação por causas sensíveis à atenção primária;</li> <li>• Média de Permanência;</li> <li>• Taxa de Reinternação;</li> <li>• Condições Adquiridas.</li> </ul> |
| <b>Objetivo</b>          | Aumentar acesso pelo uso racional dos recursos   |
| <b>Método de Cálculo</b> | Leitura de 100% dos prontuários com identificação, codificação DRG – emissão de relatório do sistema   |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal   |
| <b>Responsável</b>       | Comissão de Monitoramento do Convênio de Contratualização  |

## 7 - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

### 7.1 Acompanhamento dos pacientes após alta hospitalar

|             |  |
|-------------|--|
| <b>Meta</b> | Acompanhamento, nos primeiros 30 dias, os pacientes de alta, de todas as clínicas, através de <i>call center</i> ou mensagens eletrônicas com detecção de falhas de continuidade e ações para sua correção, conforme abaixo: <p>1º Quadrimestre: 20% das altas<br/>2º Quadrimestre: 40% das altas<br/>3º Quadrimestre: 80% das altas</p> |
|-------------|--|

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Objetivo</b>          | Melhorar desfechos assistenciais pela melhoria dos processos de continuidade de cuidados          |
| <b>Método de Cálculo</b> | Total de pacientes acompanhados 30 dias após a alta dividido pelo total de altas no período x 100 |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal  |
| <b>Responsável</b>       | Hospital  |

## 8 - AVALIAÇÃO E AUDITORIA

### 8.1 Cumprir as obrigações definidas no convênio de contratualização, avaliadas pela auditoria externa independente

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Meta</b>              | Cumprir e manter 95% das obrigações elencadas em até 06 meses após a celebração do convênio de contratualização. |
| <b>Objetivo</b>          | Melhorar desfechos assistenciais pelo processos de continuidade de cuidados com convênio de contratualização     |
| <b>Método de Cálculo</b> | Total de obrigações cumpridas dividido pelo total de obrigações constante no Convênio de Contratualização x 100  |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal   |
| <b>Responsável</b>       | Comissão de Monitoramento e Auditoria Independente   |





**ANEXO C – CNES**

## Ficha de Estabelecimento Identificação

CNES: 2547821 Nome Fantasia: HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM CNPJ: 27.193.705/0001-29  
 Nome Empresarial: HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS  
 Logradouro: RUA MANOEL BRAGA MACHADO Número: 02 Complemento: --  
 Bairro: FERROVIARIOS Município: 320120 - CACHOEIRO DE UF: ES  
 CEP: 29308-065 Telefone: (28)3526-6188 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 002  
 Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL  
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: BRUNO DA COSTA RESENDE  
 Cadastrado em: 21/03/2002 Atualização na base local: 01/02/2023 Última atualização Nacional: 01/03/2023

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

## Caracterização

|                                 |                           |
|---------------------------------|---------------------------|
| Atividade ensino/pesquisa       | Código/natureza jurídica  |
| UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO | 3999 - ASSOCIACAO PRIVADA |

## Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Atividade

| Atividade    | Nível de atenção   | Gestão   |
|--------------|--------------------|----------|
| AMBULATORIAL | MEDIA COMPLEXIDADE | ESTADUAL |

| Atividade    | Nível de atenção   | Gestão   |
|--------------|--------------------|----------|
| AMBULATORIAL | ALTA COMPLEXIDADE  | ESTADUAL |
| HOSPITALAR   | MEDIA COMPLEXIDADE | ESTADUAL |
| HOSPITALAR   | ALTA COMPLEXIDADE  | ESTADUAL |

### Atendimento

| Tipo de atendimento | Convênio               |
|---------------------|------------------------|
| AMBULATORIAL        | PLANO DE SAUDE PUBLICO |
| AMBULATORIAL        | PLANO DE SAUDE PRIVADO |
| AMBULATORIAL        | PARTICULAR             |
| AMBULATORIAL        | SUS                    |
| INTERNACAO          | SUS                    |
| INTERNACAO          | PLANO DE SAUDE PUBLICO |
| INTERNACAO          | PARTICULAR             |
| INTERNACAO          | PLANO DE SAUDE PRIVADO |
| SADT                | PLANO DE SAUDE PUBLICO |
| SADT                | PARTICULAR             |
| SADT                | SUS                    |
| SADT                | PLANO DE SAUDE PRIVADO |
| URGENCIA            | PARTICULAR             |
| URGENCIA            | SUS                    |
| URGENCIA            | PLANO DE SAUDE PRIVADO |

|                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| Tipo de atendimento | Convênio               |
| URGENCIA            | PLANO DE SAUDE PUBLICO |

|   |
|---|
| Fluxo de clientela                                    |
| 03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA |

### Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE

009 - INTERNACAO

|   |
|---|
| Grupo > Atividade Secundária  |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL                  |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO                      |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 003 - TERAPIAS ESPECIAIS                     |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 004 - REABILITACAO                           |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS              |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS    |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA              |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 013 - ASSISTENCIA OBSTETRICA E NEONATAL      |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 014 - TELESAUDE                              |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 015 - ATENCAO HEMATOLOGICA E/OU HEMOTERAPICA |

### Classificação Estabelecimento Saúde

## Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

| Instalação   | Qtde./Consultório | Leitos/Equipamentos |
|--|-------------------|---------------------|
| <b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>                                 |                   |                     |
| CONSULTORIOS MEDICOS   | 3                 | 0                   |
| SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO                           | 1                 | 0                   |
| SALA DE CURATIVO   | 1                 | 0                   |
| SALA DE HIGIENIZACAO   | 1                 | 0                   |
| SALA PEQUENA CIRURGIA  | 1                 | 0                   |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO                           | 0                 | 0                   |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO                     | 0                 | 12                  |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO                          | 0                 | 0                   |
| SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO | 1                 | 1                   |
| <b>AMBULATORIAL</b>  |                   |                     |
| CLINICAS BASICAS   | 2                 | 0                   |
| CLINICAS ESPECIALIZADAS                                      | 13                | 0                   |
| OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS                              | 4                 | 0                   |
| SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL                                | 1                 | 0                   |
| SALA DE CURATIVO   | 1                 | 0                   |



|                               |    |   |
|-------------------------------|----|---|
| SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS) | 1  | 0 |
| SALA DE PEQUENA CIRURGIA      | 1  | 0 |
| <b>HOSPITALAR</b>             |    |   |
| LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO | 19 | 0 |
| LEITOS RN NORMAL              | 3  | 0 |
| LEITOS RN PATOLOGICO          | 10 | 0 |
| SALA DE CIRURGIA              | 5  | 0 |
| SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL | 1  | 0 |
| SALA DE PARTO NORMAL          | 1  | 0 |
| SALA DE PRE-PARTO             | 2  | 8 |
| SALA DE RECUPERACAO           | 1  | 6 |

Serviços de

| Serviço   | Característica |
|---|----------------|
| AMBULANCIA  | PROPRIO        |
| CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS                 | PROPRIO        |
| FARMACIA  | PROPRIO        |
| LACTARIO  | PROPRIO        |
| LAVANDERIA  | TERCEIRIZADO   |
| NECROTARIO  | PROPRIO        |
| NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)                         | PROPRIO        |
| S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente) | PROPRIO        |

|                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS | PROPRIO |
| SERVICO SOCIAL                        | PROPRIO |

Serviços especializados

| Código | Serviço   | Característica | Ambulatorial |         |     | Hospitalar |  |
|--------|---|----------------|--------------|---------|-----|------------|--|
|        |   |                | SUS          | Não SUS | SUS | Não SUS    |  |
| 130    | ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA                      |                | SIM          | NÃO     | NÃO | NÃO        |  |
| 130    | ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA                      |                | SIM          | SIM     | NÃO | NÃO        |  |
| 130    | ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA                      |                | SIM          | SIM     | SIM | SIM        |  |
| 150    | CIRURGIA VASCULAR                                   |                | SIM          | SIM     | SIM | SIM        |  |
| 170    | COMISSOES E COMITES                                 |                | SIM          | NÃO     | SIM | NÃO        |  |
| 148    | HOSPITAL DIA  |                | SIM          | SIM     | SIM | SIM        |  |
| 151    | MEDICINA NUCLEAR                                    |                | SIM          | SIM     | SIM | SIM        |  |
| 151    | MEDICINA NUCLEAR                                    |                | NÃO          | NÃO     | SIM | SIM        |  |
| 127    | SERVICO DE ATENCAO A OBESIDADE                      |                | SIM          | NÃO     | SIM | SIM        |  |
| 112    | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO |                | SIM          | SIM     | SIM | SIM        |  |
| 116    | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA     |                | NÃO          | SIM     | NÃO | SIM        |  |
| 116    | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA     |                | SIM          | SIM     | SIM | SIM        |  |
| 105    | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA    |                | SIM          | NÃO     | SIM | NÃO        |  |
| 117    | SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA                      |                | NÃO          | NÃO     | SIM | SIM        |  |
| 145    | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO       |                | SIM          | SIM     | NÃO | NÃO        |  |
| 145    | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO       |                | SIM          | SIM     | SIM | SIM        |  |

|     |   |              |     |     |     |     |
|-----|---|--------------|-----|-----|-----|-----|
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | TERCEIRIZADO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | TERCEIRIZADO | NÃO | SIM | NÃO | SIM |
| 120 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 120 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                           | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 122 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS       | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 142 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                       | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 125 | SERVICO DE FARMACIA   | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 126 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                                     | PROPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 126 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                                     | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 128 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                                      | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 131 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                                     | PROPRIO      | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| 131 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                                     | PROPRIO      | SIM | NÃO | NÃO | SIM |
| 132 | SERVICO DE ONCOLOGIA  | PROPRIO      | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| 132 | SERVICO DE ONCOLOGIA  | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 132 | SERVICO DE ONCOLOGIA  | TERCEIRIZADO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 133 | SERVICO DE PNEUMOLOGIA                                      | PROPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 135 | SERVICO DE REABILITACAO                                     | PROPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 135 | SERVICO DE REABILITACAO                                     | PROPRIO      | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| 136 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL                              | PROPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                            | PROPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | NÃO |

|     |                                  |         |     |     |     |     |
|-----|----------------------------------|---------|-----|-----|-----|-----|
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | PROPRIO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 146 | SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA     | PROPRIO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 149 | TRANSPLANTE                      | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |

Comissões e

| Descrição                                    |  |
|--|--|
| ETICA DE ENFERMAGEM                          |  |
| CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR              |  |
| CIPA   |  |
| ANALISE DE OBITOS E BIOPSIAS                 |  |
| TRANSPLANTES DE ORGAOS                       |  |
| REVISAO DE DOCUMENTAÇÃO MEDICA E ESTATISTICA |  |
| MORTALIDADE NEONATAL                         |  |
| MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL      |  |
| ETICA MEDICA                                 |  |
| FARMACIA E TERAPEUTICA                       |  |
| NOTIFICACAO DE DOENCAS                       |  |
| HEMOTERAPIA                                  |  |
| REVISAO DE PRONTUARIOS                       |  |
| MORTALIDADE MATERNA                          |  |
| NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE              |  |

# INVESTIGACAO EPIDEMIOLOGICA

## Serviços e Classificação

| Código    | Serviço   | Classificação  | Terceiro | CNES          |
|-----------|---|--|----------|---------------|
| 149 - 015 | TRANSPLANTE   | ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS             | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 149 - 014 | TRANSPLANTE   | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE TRANSPLANTADO                     | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 112 - 002 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE ALTO RISCO                    | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 112 - 001 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL                | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 148 - 002 | HOSPITAL DIA  | AIDS   | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 126 - 004 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                             | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI  | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 126 - 003 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                             | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM OFTALMOLOGIA                 | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 126 - 007 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                             | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA    | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 126 - 005 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                             | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 140 - 005 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                    | ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 116 - 006 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA     | CARDIOLOGIA ENDOVASCULAR EXTRACARDIACO                       | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 116 - 005 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA     | CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (HEMODINAMICA)                  | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 116 - 002 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA     | CIRURGIA CARDIOVASCULAR (ADULTO)                             | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 116 - 003 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA     | CIRURGIA CARDIOVASCULAR (PEDIATRICO)                         | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 116 - 004 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA     | CIRURGIA VASCULAR  | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 146 - 002 | SERVICO DE VIDEO LAPAROSCOPIA                       | CIRURGICA  | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 105 - 002 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA    | COLUNA E NERVOS PERIFERICOS                                  | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 130 - 003 | ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA                      | CONFECCAO INTERVENCAO DE ACESSOS PARA DIALISE                | NÃO      | NAO INFORMADO |

|           |   |  |     |               |
|-----------|---|--|-----|---------------|
| 146 - 001 | SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA                                | DIAGNOSTICA  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 128 - 002 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                                      | DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA                                   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 131 - 001 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                                     | DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA                                  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 142 - 001 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                       | DO APARELHO DIGESTIVO  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 142 - 002 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                       | DO APARELHO RESPIRATORIO                                     | NÃO | NAO INFORMADO |
| 142 - 003 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                       | DO APARELHO URINARIO   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 116 - 001 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA             | ELETROFISIOLOGIA   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 136 - 001 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL                              | ENTERAL  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 136 - 002 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL                              | ENTERAL PARENTERAL   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 004 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                            | ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ | NÃO | NAO INFORMADO |
| 122 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS       | EXAME ELETROCARDIOGRAFICO                                    | NÃO | NAO INFORMADO |
| 122 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS       | EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO                                  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 122 - 008 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS       | EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO POR TELEMEDICINA                 | NÃO | NAO INFORMADO |
| 120 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS                                    | SIM | 9607897       |
| 120 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS                                    | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES BIOQUIMICOS   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 120 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES CITOPATOLOGICOS                                       | SIM | 9607897       |
| 120 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES CITOPATOLOGICOS                                       | SIM | 9899391       |
| 120 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES CITOPATOLOGICOS                                       | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES COPROLOGICOS  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 011 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES DE GENETICA   | NÃO | NAO INFORMADO |

|           |  |  |     |               |
|-----------|--|--|-----|---------------|
| 145 - 005 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO    | EXAMES DE UROANALISE                                   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 010 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO    | EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS                   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO    | EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA                      | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 006 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO    | EXAMES HORMONAIS                                       | SIM | 5368227       |
| 145 - 006 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO    | EXAMES HORMONAIS                                       | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 013 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO    | EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS                              | SIM | 5368227       |
| 145 - 013 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO    | EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS                              | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 009 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO    | EXAMES MICROBIOLOGICOS                                 | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 012 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO    | EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL                           | SIM | 5368227       |
| 145 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO    | EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS                      | SIM | 5368227       |
| 145 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO    | EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS                      | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 008 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO    | EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 125 - 006 | SERVICO DE FARMACIA                              | FARMACIA HOSPITALAR                                    | NÃO | NAO INFORMADO |
| 150 - 002 | CIRURGIA VASCULAR                                | FISTULA ARTERIOVENOSA COM ENXERTO                      | NÃO | NAO INFORMADO |
| 150 - 001 | CIRURGIA VASCULAR                                | FISTULA ARTERIOVENOSA SEM ENXERTO                      | NÃO | NAO INFORMADO |
| 132 - 002 | SERVICO DE ONCOLOGIA                             | HEMATOLOGIA  | SIM | 9404473       |
| 121 - 012 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                | MAMOGRAFIA   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 151 - 001 | MEDICINA NUCLEAR                                 | MEDICINA NUCLEAR IN VIVO                               | SIM | 2695014       |
| 151 - 001 | MEDICINA NUCLEAR                                 | MEDICINA NUCLEAR IN VIVO                               | NÃO | NAO INFORMADO |
| 128 - 004 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                           | MEDICINA TRANSFUSIONAL                                 | NÃO | NAO INFORMADO |
| 105 - 001 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA | NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO | NÃO | NAO INFORMADO |

|           |   |  |     |               |
|-----------|---|--|-----|---------------|
| 105 - 004 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIQUIRIA      | NEUROCIQUIRIA VASCULAR                                       | NÃO | NAO INFORMADO |
| 170 - 001 | COMISSOES E COMITES                                   | NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE                              | NÃO | NAO INFORMADO |
| 132 - 005 | SERVICO DE ONCOLOGIA                                  | ONCOLOGIA CIRURGICA  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 132 - 003 | SERVICO DE ONCOLOGIA                                  | ONCOLOGIA CLINICA  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 112 - 004 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO   | PARTO EM GESTACAO DE ALTO RISCO                              | NÃO | NAO INFORMADO |
| 128 - 001 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                                | PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENCAO DO SANGUE PFINS DE ASSI  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 128 - 003 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                                | PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA                       | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 006 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                      | PRONTO ATENDIMENTO CLINICO                                   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 014 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                      | PRONTO SOCORRO CARDIOVASCULAR                                | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 019 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                      | PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO                                 | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 015 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                      | PRONTO SOCORRO NEUROLOGIA/NEUROCIQUIRIA                      | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 013 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                      | PRONTO SOCORRO OBSTETRICO                                    | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     | RADIOLOGIA   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 132 - 004 | SERVICO DE ONCOLOGIA                                  | RADIOTERAPIA   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 135 - 005 | SERVICO DE REABILITACAO                               | REABILITACAO AUDITIVA  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 135 - 003 | SERVICO DE REABILITACAO                               | REABILITACAO FISICA  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     | RESSONANCIA MAGNETICA  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 122 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | TESTE DE HOLTER  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 122 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | TESTE ERGOMETRICO  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA                                   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 127 - 001 | SERVICO DE ATENCAO A OBESIDADE                        | TRAT. CLINICO CIRUR. REPARADOR E ACOMP PACIENTE C/ OBESIDADE | NÃO | NAO INFORMADO |



|           |   |  |     |               |
|-----------|---|--|-----|---------------|
| 131 - 003 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                         | TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO        | NÃO | NAO INFORMADO |
| 131 - 002 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                         | TRATAMENTO CLINICO DO APARELHO DA VISAO          | NÃO | NAO INFORMADO |
| 133 - 001 | SERVICO DE PNEUMOLOGIA                          | TRATAMENTO DE DOENCAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES | NÃO | NAO INFORMADO |
| 130 - 001 | ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA                  | TRATAMENTO DIALITICO-HEMODIALISE                 | NÃO | NAO INFORMADO |
| 130 - 005 | ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA                  | TRATAMENTO DIALITICO-PERITONEAL                  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 117 - 002 | SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA                  | TRATAMENTO EM QUEIMADOS                          | NÃO | NAO INFORMADO |
| 105 - 005 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIURGIA | TRATAMENTO NEUROCIURGICO DA DOR FUNCIONAL        | NÃO | NAO INFORMADO |
| 105 - 003 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIURGIA | TUMORES DO SISTEMA NERVOSO                       | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM               | ULTRASONOGRAFIA                                  | NÃO | NAO INFORMADO |

**Outros**

| Nível de hierarquia | Tipo de unidade | Turno de atendimento   |
|---------------------|-----------------|--|
|                     | HOSPITAL GERAL  | ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS) |

Hospital avaliado segundo o NBAH do MS

NÃO

**Equipamentos/Rejeitos**

**Equipamentos**

| Equipamento   | Existente | Em uso | SUS |
|---|-----------|--------|-----|
| <b>EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA</b>                       |           |        |     |
| EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS POR PRODUTO DE DISTORCAO | 1         | 1      | SIM |
| EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSIENTES              | 1         | 1      | SIM |

| POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFALICO AUTOMATICO | 2  | 2  | SIM |
|--|----|----|-----|
| <b>EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM</b>              |    |    |     |
| Gama Camara  | 1  | 1  | SIM |
| Mamografo com Comando Simples                              | 1  | 1  | SIM |
| Mamografo com Estereotaxia                                 | 1  | 1  | SIM |
| PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA            | 2  | 2  | SIM |
| Raio X ate 100 mA  | 4  | 4  | SIM |
| Raio X com Fluoroscopia                                    | 2  | 2  | SIM |
| Raio X de 100 a 500 mA                                     | 3  | 3  | SIM |
| Raio X mais de 500mA                                       | 1  | 1  | SIM |
| Raio X para Densitometria Ossea                            | 1  | 1  | SIM |
| Raio X para Hemodinamica                                   | 1  | 1  | SIM |
| Ressonancia Magnetica                                      | 1  | 1  | SIM |
| Tomógrafo Computadorizado                                  | 1  | 1  | SIM |
| Ultrassom Convencional                                     | 1  | 1  | SIM |
| Ultrassom Doppler Colorido                                 | 2  | 2  | SIM |
| Ultrassom Ecografo   | 1  | 1  | SIM |
| <b>EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA</b>                     |    |    |     |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central                 | 21 | 21 | SIM |
| Grupo Gerador  | 2  | 2  | SIM |
| Usina de Oxigenio  | 1  | 1  | SIM |

| EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA |     |     |     |
|--------------------------------------|-----|-----|-----|
| Berço Aquecido                       | 17  | 16  | SIM |
| Bomba de Infusao                     | 423 | 423 | SIM |
| Bomba/Balao Intra-Aortico            | 1   | 1   | SIM |
| Debitometro                          | 1   | 1   | SIM |
| Desfibrilador                        | 15  | 12  | SIM |
| ENDOSCOPIO GINECOLOGICO              |     |     |     |
| Equipamento de Fototerapia           | 12  | 12  | SIM |
| Incubadora                           | 13  | 6   | SIM |
| Marcapasso Temporario                | 6   | 6   | SIM |
| Monitor de ECG                       | 84  | 75  | SIM |
| Monitor de Pressao Invasivo          | 27  | 27  | SIM |
| Monitor de Pressao Nao-Invasivo      | 84  | 75  | SIM |
| Reanimador Pulmonar/AMBU             | 109 | 109 | SIM |
| Respirador/Ventilador                | 60  | 54  | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS    |     |     |     |
| Electrocardiografo                   | 12  | 12  | SIM |
| Electroencefalografo                 | 1   | 1   | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS     |     |     |     |
| Endoscopia Digestivo                 | 5   | 5   | SIM |
| Endoscopia das Vias Respiratorias    | 1   | 1   | SIM |

|   |    |   |    |     |
|---|----|---|----|-----|
| Endoscopia das Vias Urinárias           | 1  | 1 | 1  | SIM |
| Laparoscopia/Vídeo                      | 2  |   | 2  | SIM |
| Microscopia Cirúrgica                   | 1  |   | 1  | SIM |
| <b>OUTROS EQUIPAMENTOS</b>              |    |   |    |     |
| Equipamento de Circulação Extracorpórea | 1  |   | 1  | SIM |
| Equipamento para Hemodiálise            | 28 |   | 23 | SIM |
| Equipamentos de Aférese                 | 1  |   | 1  | SIM |

**Resíduos/Rejeitos**

|                            |  |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|--|
| Coleta Seletiva de Rejeito |  |  |  |  |
| RESÍDUOS BIOLÓGICOS        |  |  |  |  |
| RESÍDUOS QUÍMICOS          |  |  |  |  |
| RESÍDUOS COMUNS            |  |  |  |  |

**Diálise**

**Caracterização de serviço de diálise**

|                   |                |                      |                   |
|-------------------|----------------|----------------------|-------------------|
| Salas Hemodiálise | Salas de Reuso | Máquinas Hemodiálise | Tratamento D'água |
|-------------------|----------------|----------------------|-------------------|

Caracterização de serviço de diálise

| Salas Hemodiálise | Salas de Reuso | Máquinas Hemodiálise | Tratamento D'água          |
|-------------------|----------------|----------------------|----------------------------|
| HBsAg+ = 1        | HBsAg+ = 1     | Proporção = 11       | (X) Filtro de areia        |
| HBsAg- = 1        | HBsAg- = 1     | Outras = 1           | (X) Filtro de carvão       |
| DPI = 1           | HCV+ = 1       | -                    | (X) Abrandador             |
| DPAC = 0          | -              | -                    | (X) Deionizador            |
| -                 | -              | -                    | (X) Maq. de Osmose Reversa |
| -                 | -              | -                    | ( ) Outros                 |

Serviço de referência e manutenção

| Serviço   | Razão Social  | CNPJ           | Município               |
|---|---|----------------|-------------------------|
| HOSPITAL PARA TRANSPLANTE                         | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM        | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE               | LIG - LABORATORIO DE IMUNOGENETICA                    | 30695183000178 | VITORIA                 |
| HOSPITAL GERAL                                    | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM        | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| SERVICO DE ANATOMIA PATOLOGICA/CITOLOGIA          | CITOPREV - LABORATORIO DE CITOPATOLOGIA LTDA          | 30574578000112 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| SERVICO DE PATOLOGIA CLINICA                      | HECI - HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS DE DIALISE             | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM        | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| MANUTENCAO DOS EQUIPAMENTOS DE TRATAMENTO DE AGUA | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM        | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| LABORATORIO PARA ANALISE DE AGUA                  | CETAN - CENTRO TECNOLOGICO DE ANALISE S/C             | 04927092000100 | VITORIA                 |
| SERVICO DE RADIOLOGIA                             | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM        | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| SERVICO DE ULTRA-SONOGRAFIA                       | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM        | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |

Caracterização de serviço de diálise

| Salas Hemodiálise                | Salas de Reuso  | Máquinas Hemodiálise | Tratamento D'água       |
|----------------------------------|---|----------------------|-------------------------|
|                                  | ITAPEMIRIM  |                      |                         |
| SERVICO DE NEFROLOGIA PARA DPI   | HECI- HOSPITAL EVANGELICO DE C ACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27193705000129       | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| SERVICO DE NEFROLOGIA PARA HSBG+ | HECI- HOSPITAL EVANGELICO DE C ACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27193705000129       | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| SERVICO DE CIRURGIA VASCULAR     | HECI- HOSPITAL EVANGELICO DE C ACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27193705000129       | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |

Formalização

| Diretor responsável      | CPF         |
|--------------------------|-------------|
| FERNANDO FITTIPALDI      | 55733166720 |
| Nefrologista responsável | CPF         |
| FERNANDO FITTIPALDI      | 55733166720 |

Quimioterapia/Radioterapia

NÚMERO DE SALAS - RADIOTERAPIA

| Simulação | Planejamento | Armazenagem de fontes | Confeção de máscara | Molde | Bloco pers. |
|-----------|--------------|-----------------------|---------------------|-------|-------------|
| 2         | 2            | 0                     | 1                   | 1     | 1           |

NÚMERO DE SALAS - QUIMIOTERAPIA

| Armazenagem | Sala de preparo | Químico curta duração | Químico longa duração | Molde | Capela de fluxo laminar |
|-------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|-------|-------------------------|
| 1           | 1               | 1                     | 4                     | 1     | 1                       |

QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS DE RADIOTERAPIA

| Simulador             | Acelerador linear ate 6 MeV      | Acelerador linear maior 6 MeV | Acelerador linear maior 6 MeV |
|-----------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 0                     | 1                                | 0                             | 1                             |
| Ortovoltagem 10-50 KV | Ortovoltagem 50-150 KV           | Ortovoltagem 150-500 KV       | Unidade de cobalto            |
| 0                     | 0                                | 0                             | 0                             |
| Branquiterapia baixa  | Branquiterapia media             | Branquiterapia alta           | Monitor de área               |
| 0                     | 0                                | 1                             | 2                             |
| Monitor individual    | Sistema completo de planejamento | Dosímetro clínico             | Fontes seladas                |
| 12                    | 2                                | 6                             | 1                             |

Serviço de referência e manutenção

| Serviço                                  | Razão Social                                   | CNPJ           | Município               |
|--|--|----------------|-------------------------|
| SERVICOS DE RADIOTERAPIA                 | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE      | HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA                  | 28137925000106 | VITORIA                 |
| SERVICO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA    | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| RESSONANCIA MAGNETICA                    | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| SERVICO DE ANATOMIA PATOLOGICA/CITOLOGIA | CITOPREV LABORATORIO DE CITOPATOLOGIA LTDA     | 30574578000112 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| PATOLOGIA CLINICA                        | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| ULTRA-SONOGRAFIA                         | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| SERVICO DE MEDICINA NUCLEAR              | CINTILOCENTER - MEDICINA NUCLEAR               | 01703787000110 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| SERVICO DE PRÓTESE                       | HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA                  | 28137925000106 | VITORIA                 |

|                            |  |                |                         |
|----------------------------|--|----------------|-------------------------|
| MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS | MEDICAL EQUIPAMENTOS SERVICE LTDA              | 01886174000166 | SAO PAULO               |
| CENTRO DE ONCOLOGIA I      | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| CENTRO DE ONCOLOGIA II     | HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA                  | 28137925000106 | VITORIA                 |

Formalização

|  |  |             |
|--|--|-------------|
| Médico responsável administrativo ou responsável técnico |  | CPF         |
| ANDERSON MAGALHAES ZERBONE                               |  | 00370018761 |
| Médico responsável oncologista pediátrico                |  | CPF         |
| Não informado  |  |             |
| Médico responsável cirurgia oncológica                   |  | CPF         |
| ANDERSON MAGALHAES ZERBONE                               |  | 00370018761 |
| Medico responsavel oncologista clínico                   |  | CPF         |
| JOSE ZAGO PULIDO   |  | 85727393949 |
| Médico responsável radioTerapeuta                        |  | CPF         |
| BRUNO DA COSTA RESENDE                                   |  | 11012022706 |
| Físico nuclear   |  | CPF         |
| RICARDO OCHOA PACHAS                                     |  | 05749927741 |

Hemoterapia



**NÚMERO DE SALAS - COLETA**

| Recepção / cadastro | Triagem hematológica | Triagem clínica | Coleta | Aférese |
|---------------------|----------------------|-----------------|--------|---------|
| 2                   | 1                    | 2               | 1      | 1       |

**NÚMERO DE SALAS - PROCESSAMENTO**

| Processamento | Pré-estoque | Estoque | Distribuição |
|---------------|-------------|---------|--------------|
| 1             | 1           | 1       | 1            |

**NÚMERO DE SALAS - LABORATÓRIO**

| Sorologia | Imuno Hemematologia | Pre. transfusionais | Hemostasia | Controle de qualidade | Biologia molecular | Imuno fenotipagem |
|-----------|---------------------|---------------------|------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| 2         | 1                   | 1                   | 1          | 1                     | 1                  | 1                 |

**NÚMERO DE SALAS - ATENDIMENTO**

| Transfusão | Seguimento do doador |
|------------|----------------------|
| 1          | 1                    |

**EQUIPAMENTOS - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

| Cadeiras recicláveis | Centrífugas | Refr. para guarda | Congelador rápido | Extrator automático de | Freezer                   | Freezer           | Agitador de |
|----------------------|-------------|-------------------|-------------------|------------------------|---------------------------|-------------------|-------------|
| 6                    | 2           | 4                 | 0                 | 2                      | 4                         | 0                 | 7           |
| Seladoras            | Irradiador  | Agutinoscópio     | Maq.de Aférese    | Refr. p/guarda de      | Refr. p/guarda de amostra | Cap.fluxo laminar |             |
| 0                    | 0           | 2                 | 1                 | 1                      | 3                         | 0                 |             |

Serviço de referência e manutenção

| Serviço                | Razão Social                                   | CNPJ           | Município               |
|------------------------|--|----------------|-------------------------|
| HEMOCENTRO COORDENADOR | CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DO ES      | 06893466000140 | VITORIA                 |
| HEMOCENTRO REGIONAL    | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| NUCLEO DE HEMOTERAPIA  | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| CENTRAL SOROLOGICA     | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |

Formalização

|                                   |             |
|-----------------------------------|-------------|
| Médico hemoterapeuta responsável  | CPF         |
| DR. ANDRE SENA PEREIRA            | 74523333734 |
| Médico hematologista responsável  | CPF         |
| DR. ELANY APARECIDA DA SILVA      | 03077042703 |
| Responsável técnico / sorologista | CPF         |
| DR. WILMAR PINHEIRO JUNIOR        | 01702479706 |
| Médico capacitado responsável     | CPF         |
| DR. ANDRE SENA PEREIRA            | 74523333734 |

Hospitalar - Leitos

| Descrição  | Leitos Existentes | Leitos SUS |
|--|-------------------|------------|
| <b>COMPLEMENTAR</b>                                      |                   |            |
| UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU      | 7                 | 0          |
| UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL | 14                | 0          |

| Descrição                             | Leitos Existentes | Leitos SUS |
|---------------------------------------|-------------------|------------|
| UNIDADE ISOLAMENTO                    | 3                 | 2          |
| UTI ADULTO - TIPO II                  | 23                | 18         |
| UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II | 8                 | 8          |
| UTI NEONATAL - TIPO II                | 15                | 14         |
| UTI PEDIATRICA - TIPO II              | 5                 | 4          |
| ESPEC - CIRURGICO                     |                   |            |
| BUCO MAXILO FACIAL                    | 1                 | 1          |
| CARDIOLOGIA                           | 12                | 10         |
| CIRURGIA GERAL                        | 10                | 8          |
| ENDOCRINOLOGIA                        | 1                 | 1          |
| GASTROENTEROLOGIA                     | 1                 | 1          |
| GINECOLOGIA                           | 4                 | 2          |
| NEFROLOGIAUROLOGIA                    | 1                 | 1          |
| NEUROCIRURGIA                         | 3                 | 3          |
| OFTALMOLOGIA                          | 1                 | 1          |
| ONCOLOGIA                             | 15                | 13         |
| ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA               | 2                 | 2          |
| OTORRINOLARINGOLOGIA                  | 3                 | 2          |
| PLASTICA                              | 3                 | 2          |
| TORACICA                              | 4                 | 3          |

| Descrição                         | Leitos Existentes | Leitos SUS |
|-----------------------------------|-------------------|------------|
| TRANSPLANTE                       | 1                 | 1          |
| ESPEC - CLINICO                   |                   |            |
| AIDS                              | 3                 | 1          |
| CARDIOLOGIA                       | 15                | 13         |
| CLINICA GERAL                     | 14                | 13         |
| DERMATOLOGIA                      | 2                 | 1          |
| GERIATRIA                         | 3                 | 2          |
| HEMATOLOGIA                       | 3                 | 2          |
| NEFROUROLOGIA                     | 5                 | 3          |
| NEONATOLOGIA                      | 1                 | 1          |
| NEUROLOGIA                        | 15                | 15         |
| ONCOLOGIA                         | 16                | 14         |
| PNEUMOLOGIA                       | 2                 | 1          |
| HOSPITAL DIA                      |                   |            |
| AIDS                              | 1                 | 1          |
| CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO | 2                 | 2          |
| OBSTETRICO                        |                   |            |
| OBSTETRICIA CIRURGICA             | 15                | 15         |
| OBSTETRICIA CLINICA               | 6                 | 6          |
| OUTRAS ESPECIALIDADES             |                   |            |

| Descrição           |  | Leitos Existentes | Leitos SUS |
|---------------------|--|-------------------|------------|
| CRONICOS            |  | 1                 | 1          |
| PEDIATRICO          |  |                   |            |
| PEDIATRIA CIRURGICA |  | 3                 | 3          |
| PEDIATRIA CLINICA   |  | 9                 | 9          |

### Habilitações

| Código | Descrição  | Origem   | Competência Inicial | Competência Final | Portaria   | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|--|----------|---------------------|-------------------|------------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
| 0202   | UNID.DE ASSIST. DE ALTA COMPLEXIDADE AO PACIENTE PORTADOR DE OBESIDADE GRAVE | NACIONAL | 10/2007             | 99/9999           | PT SAS 425 | 19/04/2013    |            | 28/04/2014         |                     |
| 0801   | UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR*                  | NACIONAL | 05/2006             | 99/9999           | SAS 402    | 31/05/2006    |            | 27/04/2010         | 27/04/2010          |
| 0803   | CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS EM CARDIOLOGIA INTERVENACIONISTA     | NACIONAL | 05/2006             | 99/9999           | SAS 402    | 31/05/2006    |            | 20/04/2007         | 20/04/2007          |
| 0804   | CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA   | NACIONAL | 05/2006             | 99/9999           | SAS-402    | 31/05/2006    |            | 18/07/2006         | 18/07/2006          |
| 0805   | CIRURGIA VASCULAR  | NACIONAL | 05/2006             | 99/9999           | SAS-402    | 31/05/2006    |            | 18/07/2006         | 18/07/2006          |
| 0811   | QUALISUS CARDIO NIVEL A  | NACIONAL | 09/2022             | 99/9999           | 3670/GM/MS | 29/09/2022    |            | 30/09/2022         | 30/09/2022          |
| 1101   | SERVICO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO AIDS                                      | NACIONAL | 02/2002             | 99/9999           |            |               | 0          |                    |                     |
| 1203   | HOSPITAL DIA - AIDS  | NACIONAL | 02/2002             | 99/9999           |            |               | 0          |                    |                     |
| 1414   | ATENCAO HOSPITALAR DE REFERENCIA A GESTACAO DE ALTO RISCO TIPO II (GAR II)   | NACIONAL | 11/2022             | 99/9999           | 4101/GM/MS | 28/11/2022    | 19         | 29/11/2022         | 29/11/2022          |
| 1504   | ATENCAO ESPECIALIZADA EM DRG COM HEMODIALISE                                 | NACIONAL | 11/2018             | 99/9999           | PT GM 3415 | 22/10/2018    |            | 26/11/2018         | 26/11/2018          |
| 1505   | ATENCAO ESPECIALIZADA EM DRG COM DIALISE PERITONEAL                          | NACIONAL | 11/2018             | 99/9999           | PT GM 3415 | 22/10/2018    |            | 26/11/2018         | 26/11/2018          |
| 1601   | UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA*.    | NACIONAL | 11/2009             | 99/9999           | PT SAS 399 | 20/11/2009    |            | 23/11/2009         | 23/11/2009          |

| Código | Descrição   | Origem   | Competência Inicial | Competência Final | Portaria      | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|---|----------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
| 1616   | CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGENCIA TIPO II AOS PACIENTES COM AVC     | NACIONAL | 12/2021             | 99/9999           | 3472/GM/MS    | 09/12/2021    |            | 30/12/2021         | 30/12/2021          |
| 1707   | UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA                                  | NACIONAL | 09/2007             | 99/9999           | SAS 062       | 13/03/2009    |            | 18/03/2009         | 07/10/2007          |
| 1708   | UNACON COM SERVICO DE HEMATOLOGIA                                   | NACIONAL | 09/2007             | 99/9999           | SAS 062       | 13/03/2009    |            | 18/03/2009         | 07/10/2007          |
| 2301   | UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL* | NACIONAL | 01/2008             | 99/9999           | SAS 120 RETIF | 14/04/2009    |            | 28/05/2009         | 26/09/2008          |
| 2304   | ENTERAL E PARENTERAL  | NACIONAL | 01/2008             | 99/9999           | SAS 120 RETIF | 14/04/2009    |            | 28/05/2009         | 26/09/2008          |
| 2420   | RETIRADA DE ORGAOS E TECIDOS  | NACIONAL | 12/2010             | 99/9999           | PT SAS NR 511 | 27/09/2010    |            | 18/12/2014         | 21/03/2002          |
| 2601   | UTI II ADULTO   | NACIONAL | 06/2001             | 99/9999           | PT SAS 161    | 13/04/2010    | 18         | 14/04/2010         |                     |
| 2603   | UTI II PEDIATRICA   | NACIONAL | 10/2006             | 99/9999           | PT GM 2612    | 30/10/2006    | 4          | 24/04/2008         | 13/11/2006          |
| 2608   | UTI CORONARIANA TIPO II   | NACIONAL | 12/2022             | 99/9999           | 4500/GM/MS    | 21/12/2022    | 8          | 22/12/2022         | 22/12/2022          |
| 2610   | UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II - UTIN II             | NACIONAL | 03/2014             | 99/9999           | SAS 843       | 11/09/2015    | 14         | 23/11/2015         | 31/03/2014          |
| 2901   | VIDEOCIRURGIAS  | LOCAL    | 07/2000             | 99/9999           |               | 02/09/2009    | 0          | 01/02/2023         | 01/03/2023          |
| 3202   | LABORATÓRIO DE EXAMES CITOPATOLOGICOS DO COLO DE UTERO - TIPO I     | NACIONAL | 09/2015             | 99/9999           | GM 1338       | 08/09/2015    | 0          | 14/09/2015         | 14/09/2015          |

## Incentivos

| Código | Descrição                             | Competência Inicial | Competência Final | Portaria    | Data Portaria | Leitos SUS | Data da Atualização |
|--------|---------------------------------------|---------------------|-------------------|-------------|---------------|------------|---------------------|
| 8274   | UTI ADULTO RUE TIPO II - QUALIFICADOS | 06/2016             | 99/9999           | 474/SAES/MS | 22/04/2021    | 13         | 10/06/2021          |

Data desativação: -- Motivo desativação: --