



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 004/2022

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-6JKNF

9º 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 Contratualização 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) **CONVENENTE**, 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 9º 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 e Portaria nº042-R, de 14 de junho de 2023, 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:



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 - O presente Termo Aditivo ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO que tem por objeto : **(a)** prorrogar período de vigência de 01/10/2023 a 31/03/2023 e, **(b)** adequação de serviços e, ;**(c)** Adequação de valores de procedimentos conforme Portaria GM/MS 815 de 30/06/2023, **(d)** acréscimo financeiro de **R\$ 23.429.251,78** (**vinte e três milhões e quatrocentos e vinte e nove mil e duzentos e cinquenta e um reais e setenta e oito centavos**), referente aos objetos **a ,b e c**, 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\$ 219.510.443,73** (duzentos e dezenove milhões e quinhentos e dez mil e quatrocentos e quarenta e três reais e setenta e três 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** foi de **R\$ 1.654.069,09** (um milhão, seiscentos e cinquenta e quatro mil, sessenta e nove reais e nove centavos).

6.1.5 - O Recurso Financeiro aplicado ao **4º Termo Aditivo** foi de **R\$ 4.164.037,89** (quatro



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

milhões, cento e sessenta e quatro mil, trinta e sete reais e oitenta e nove centavos).

6.1.6 - O Recurso Financeiro aplicado ao **5º Termo Aditivo foi de R\$ 11.517.000,26** (onze milhões, quinhentos e dezessete mil, vinte e seis centavos).

6.1.7 - O Recurso Financeiro aplicado ao **6º Termo Aditivo foi de R\$ 35.034.534,51** (trinta e cinco milhões, trinta e quatro mil, quinhentos e trinta e quatro reais e cinquenta e um centavos).

6.1.8 - O Recurso Financeiro aplicado ao **7º Termo Aditivo foi de R\$ 108.405,00** (cento e oito milhões, quatrocentos e cinco mil).

6.1.9 - O Recurso Financeiro aplicado ao **8º Termo Aditivo foi de R\$ 2.152.565,80** (dois milhões cento e cinquenta e dois mil quinhentos e sessenta e cinco reais e oitenta centavos).

6.1.10 - O Recurso Financeiro aplicado ao **9º Termo Aditivo será de R\$ 23.429.251,78 (vinte e três milhões e quatrocentos e vinte e nove mil e duzentos e cinquenta e um reais e setenta e oito centavos)**

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

6.2.1 - Para a execução do convênio de contratualização, a CONVENENTE receberá recursos financeiros de **R\$ 23.429.251,78 (vinte e três milhões e quatrocentos e vinte e nove mil e duzentos e cinquenta e um reais e setenta e oito centavos)** conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.

6.2.2- A parcela pré-fixada mensal importa em **R\$ 15.249.147,82** (quinze milhões e duzentos e quarenta e nove mil e cento e quarenta e sete reais e oitenta e dois centavos), e será transferida à CONVENENTE em parcelas mensais de **R\$ 7.714.573,91** (sete milhões e setecentos e quatorze mil e quinhentos e setenta e três 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- Setenta por cento (70%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 11.266.226,24** (onze milhões e duzentos e sessenta e seis mil e duzentos e vinte e seis reais e vinte e quatro centavos) por 02 meses, em parcelas mensais de **R\$ 5.633.113,12** (cinco milhões e seiscentos e trinta e três mil e cento e treze reais e doze centavos), é fixo e repassado



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

mensalmente.

6.2.4- Trinta por cento (30%) do componente pré-fixado mensal, que remontam **R\$ 4.162.921,58** (quatro milhões e cento e sessenta e dois mil e novecentos e vinte e um reais e cinquenta e oito centavos), por 02 meses, em parcelas mensais de **R\$ 2.081.460,79**(dois milhões, oitenta e um mil, quatrocentos e sessenta reais e setenta e nove centavos), é variável e vinculado ao cumprimento das metas de desempenho discriminadas no Documento Descritivo – DODE, com monitoramento e avaliação quadrimestral .

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, remonta em **R\$ 6.022.625,00 (seis milhões e vinte e dois mil e seiscentos e vinte e cinco reais)** por 02 meses, em parcelas mensais estimadas de **R\$ 3.011.312,50** (três milhões e onze mil e trezentos e doze reais e cinquenta 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\$ 1.977.478,96** (um milhão e novecentos e setenta e sete mil e



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

quatrocentos e setenta e oito reais e noventa e seis centavos) , por 02 meses, em parcelas mensais estimadas de **R\$ 988.739,48** (novecentos e oitenta e oito mil e setecentos e trinta e nove reais e quarenta 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 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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

| PRÉ-FIXADO 70% | MENSAL (R\$) | Outubro/2023 a novembro/2023 02 MESES (R\$) | TOTAL (R\$) |
|--|-------------------------|--|--------------------------|
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual | R\$ 2.547.659,12 | R\$ 5.095.318,24 | R\$ 5.095.318,24 |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- Recurso Estadual | R\$ 843.007,20 | R\$ 1.686.014,40 | R\$ 1.686.014,40 |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal | R\$ 1.466.075,53 | R\$ 2.932.151,05 | R\$ 2.932.151,05 |
| Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal | R\$ 498.459,13 | R\$ 996.918,26 | R\$ 996.918,26 |
| INTEGRASUS - Recurso Federal | R\$ 14.806,38 | R\$ 29.612,76 | R\$ 29.612,76 |
| Rede Cegonha - Etapa II do Plano de Ação Regional (Portaria nº 2.516, de 22 de novembro de 2016) - 06 Leitos de UTIN - Recurso Federal | R\$ 52.770,24 | R\$ 105.540,48 | R\$ 105.540,48 |
| Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº 1806 de 26 de outubro de 2014) Qualificação de leitos de UTI - Recurso Federal | R\$ 114.335,52 | R\$ 228.671,04 | R\$ 228.671,04 |
| Residência Médica - Incentivo financeiro de custeio mensal (Portaria GM/MS Nº 2.322 de 23 de outubro de 2014) - Recurso Federal | R\$ 96.000,00 | R\$ 192.000,00 | R\$ 192.000,00 |
| SUBTOTAL - Recurso Estadual | R\$ 3.390.666,32 | R\$ 6.781.332,64 | R\$ 6.781.332,64 |
| SUBTOTAL - Recurso Federal | R\$ 2.242.446,80 | R\$ 4.484.893,59 | R\$ 4.484.893,59 |
| TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 5.633.113,12 | R\$ 11.266.226,24 | R\$ 11.266.226,24 |
| PRÉ-FIXADO 30% | MENSAL (R\$) | Outubro/2023 a novembro/2023 02 MESES (R\$) | TOTAL (R\$) |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual | R\$ 1.091.853,91 | R\$ 2.183.707,82 | R\$ 2.183.707,82 |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- Recurso Estadual | R\$ 361.288,80 | R\$ 722.577,60 | R\$ 722.577,60 |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal | R\$ 628.318,08 | R\$ 1.256.636,17 | R\$ 1.256.636,17 |
| SUBTOTAL - Recurso Estadual | R\$ 1.453.142,71 | R\$ 2.906.285,42 | R\$ 2.906.285,42 |
| SUBTOTAL - Recurso Federal | R\$ 628.318,08 | R\$ 1.256.636,17 | R\$ 1.256.636,17 |
| TOTAL DO RECURSO | R\$ 2.081.460,79 | R\$ | R\$ 4.162.921,58 |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

| | | | | |
|---|--------------------------|--|--|--------------------------|
| ESTADUAL + FEDERAL | | | 4.162.921,58 | |
| TOTAL PRÉ-FIXADO ESTADUAL - | R\$ 4.843.809,03 | | R\$ 9.687.618,06 | R\$ 9.687.618,06 |
| TOTAL PRÉ-FIXADO FEDERAL - | R\$ 2.870.764,88 | | R\$ 5.741.529,76 | R\$ 5.741.529,76 |
| TOTAL PRÉ-FIXADO ESTADUAL + FEDERAL - | R\$ 7.714.573,91 | | R\$ 15.429.147,82 | R\$ 15.429.147,82 |
| | | | | |
| COMPONENTE PÓS-FIXADO | MENSAL (R\$) | | Outubro/2023 a novembro/2023 02 MESES (R\$) | TOTAL (R\$) |
| Consultas - Recurso Estadual | R\$ 138.000,00 | | R\$ 276.000,00 | R\$ 276.000,00 |
| Exames - Recurso Estadual | R\$ 147.974,96 | | R\$ 295.949,92 | R\$ 295.949,92 |
| OPME's Alta complexidade - Recurso Estadual | R\$ 220.056,58 | | R\$ 440.113,16 | R\$ 440.113,16 |
| OPME's Não padronizadas na tabela SUS - VIA PORTARIA 061-R, 31/07/2023 -Recurso Estadual | R\$ 238.731,40 | | R\$ 477.462,80 | R\$ 477.462,80 |
| Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média complexidade - Recurso Federal | R\$ 407.281,84 | | R\$ 814.563,68 | R\$ 814.563,68 |
| APAC'S - quimioterapia, radioterapia, cateterismo, cirurgias de catarata e exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de alta complexidade - Recurso Federal | R\$ 1.859.267,72 | | R\$ 3.718.535,44 | R\$ 3.718.535,44 |
| FAEC Ambulatorial- Recurso Federal | R\$ 407.356,30 | | R\$ 814.712,60 | R\$ 814.712,60 |
| FAEC Hospitalar- Recurso Federal | R\$ 348.159,62 | | R\$ 696.319,24 | R\$ 696.319,24 |
| FAEC - TRS- Recurso Federal | R\$ 233.223,56 | | R\$ 466.447,12 | R\$ 466.447,12 |
| TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL | R\$ 744.762,94 | | R\$ 1.489.525,88 | R\$ 1.489.525,88 |
| TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL | R\$ 3.255.289,04 | | R\$ 6.510.578,08 | R\$ 6.510.578,08 |
| TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL + FEDERAL - | R\$ 4.000.051,98 | | R\$ 8.000.103,96 | R\$ 8.000.103,96 |
| TOTAL DO CONVÊNIO | R\$ 11.714.625,89 | | R\$ 23.429.251,78 | R\$ 23.429.251,78 |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

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, 0 de setembro de 2023.

CONCEDENTE:

ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde

CONVENENTE:

ELIZEU CRISÓSTOMO DE VARGAS

Presidente do Hospital

TESTEMUNHAS:

1ª) _____

CPF:

2ª) _____

CPF:



DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **9º 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 Conveniente.

Declaro ainda que a despesa referente ao **9º 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 e/ou 10.122.0047.2070

Saúde UG: 440901

Gestão: 44901

Natureza de Despesa: 3.3.90.39.00 e/ou 3.3.50.39.00

Fonte de Recursos: 1500100200 e/ou 1600000000 e/ou 2659000011 e/ou 250010204 e/ou 2500100202 e/ou 2500100201 e/ou 1605000000

Vitória, 27 de setembro 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 – 9º TERMO ADITIVO HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

CONVÊNIO Nº 004/2022

PROCESSO E-DOCS: 2022-6JKNF

PERÍODO DE VIGÊNCIA: 01/10/2023 a 30/11/2023

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..... | 05 |
| VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS | 06 |
| VII – ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS | 07 |
| VIII – METAS ASSISTENCIAIS | 07 |
| IX – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE NIVEL AMBULATORIAL | 08 |
| X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO..... | 10 |
| XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS. | 14 |
| APROVAÇÃO | 16 |
| ANEXOS | 17 |

I - IDENTIFICAÇÃO

| | | | | |
|--|-------------------------|----------------------------|-------------------------|------------|
| Convenente | | | CNPJ | |
| Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim | | | 27.193.705/0001-29 | |
| Endereço | | Município | UF | CEP |
| Rua: Manoel Braga Machado, nº 02 | | Cachoeiro de Itapemirim | ES | 29.308-065 |
| Macrorregião | Microrregião | SRS | CNES | |
| Sul | Cachoeiro de Itapemirim | Cachoeiro de Itapemirim | 2547821 | |
| Telefone | Fax | E-mail | | |
| (28)3526:6166 | (28)3526:6113 | secretaria@heci.com.br | | |
| Nome do Responsável | | | | |
| Elizeu Crisóstomo de Vargas | | | | |
| CPF | Função | Período de execução | | |
| 527.583.627-91 | Presidente | | | |
| CI | Órgão expedidor | 01/10/2023 A 30/11/2023 | | |
| 354.189 | SSP-ES | | | |
| Banco | Agência | Conta Corrente | Praça | |
| Banestes | 115 | 35.243.526 | Cachoeiro de Itapemirim | |

| |
|---|
| Missão |
| Servir à população com atendimento de elevado padrão e qualidade. |
| Visão |
| 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. |
| Valores |
| Servir com equidade, qualidade e eficiência. Primar por conduta humanística, ética e cristã. |
| Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS: |
| 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. |
| Área de Abrangência |
| 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. |

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 nº042-R, de 14 de junho de 2023 que altera e atualiza a Portaria nº076-R/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;
- 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;

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.

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:
 - I. habilitação, qualificação e disponibilidade de leitos para a regulação;
 - II. qualificação e disponibilidade de leitos de sala vermelha – Pronto Socorro;
 - III. incentivos federais nos termos das respectivas normas e efetivação de repasses federais.

A quantidade e proporção de leitos a serem habilitados, qualificados e contratualizados serão 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 e publicação de Resolução.

O valor de habilitação pela Secretaria de Estado da Saúde, é independente da habilitação federal, sendo que eventuais recursos federais, obtidos pela habilitação dos leitos junto à união, poderão compor fonte pagadora para subsídio dos valores já definidos pela presente política estadual.

Os hospitais deverão disponibilizar leitos de sala vermelha no Pronto Socorro, de acordo com a avaliação da área técnica da Urgência e Emergência da SESA, e se adequar no prazo estabelecido pela RUE.

- 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 e na Tabela Estadual de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, vinculada aos seguintes critérios:
 - I. procedimentos ambulatoriais de consultas, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, referentes à linha de cuidado definido na grade de referência e perfil assistencial de cada unidade hospitalar;
 - II. Procedimentos hospitalares de oftalmologia e outros a serem classificados;
 - III. procedimentos ambulatoriais e hospitalares financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações – FAEC;

IV. Órtese, Próteses e Materiais Especiais – OPME – de procedimentos de alta complexidade padronizados na tabela SUS;

V. Órtese, Próteses e Materiais Especiais – OPME – de procedimentos de alta complexidade não padronizadas na Tabela SUS.

Os valores das consultas médicas especializadas e as OPME's não Padronizadas na Tabela SUS, terão os seus valores definidos na Tabela SUS Capixaba.

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 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 |
| TOTAL | 200 |

A quantidade de leitos para a urgência e gestão do hospital (Urgência/Emergência e Cirurgias Eletivas), será definido pela Gerência de Regulação do Acesso e constará no sistema informatizado de regulação.

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 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL AMBULATORIAL

9.1 CRITÉRIOS E METAS

Os serviços especializados ambulatoriais deverão compreender atividades médicas assistenciais desenvolvidas e reguladas via sistema de regulação estabelecido pela SESA.

Toda oferta de consultas e exames especializados deverão estar disponíveis para a GRAE. Sendo 60% da agenda para primeira consulta e 40% para retorno, salvo alguns itens de agendamento específicos que necessitam de um volume maior de retorno, assim pactuado entres as partes e disponibilizado em anexo ao instrumento contratual, ou conforme fluxo estabelecido pela SESA em documento específico;

O prestador deverá confirmar o atendimento após o paciente ser devidamente atendido, registrando falta ou atendimento realizado;

O prestador deverá realizar o encaminhamento dentro do sistema de Regulação e não encaminhar o paciente novamente para unidade de saúde para fazer a solicitação;

Cabe ao Prestador disponibilizar acesso à SESA da base de dados das aplicações utilizadas nos serviços prestados ao SUS referente aos pacientes atendidos ou não, observando o que dispõe a Lei 13.709/2018 (LGPD);

O prestador deverá seguir as regras de Regulação que serão disponibilizadas em forma de Regra de Negócios através da Gerencia de Regulação Ambulatorial Especializada – GRAE.

9.1.1 ESPECIALIDADES DE NÍVEL AMBULATORIAL

O rol de especialidades médicas e suas subespecialidades correspondentes, bem como quantitativos de consultas e exames ambulatoriais, serão definidas, junto à GRAE, conforme grade referencial, linhas de cuidado e observando a tabela SIGTAP, e, conseqüentemente, pactuadas entre as partes por ocasião da formalização do Convenio de Contratualização e/ou seus Termos Aditivos.

9.1.2 –TABELA DE VALOR DA CONSULTA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

| Ambulatório Especializado | Oferta Mensal Contratual | Valor Unitário |
|--|--------------------------|-------------------|
| Consulta anestesista para risco cirúrgico | 160 | 30,00 |
| Consulta cirurgia cardíaca pediátrica | 20 | 30,00 |
| Consulta em cardiologia para risco cirúrgico | 160 | 30,00 |
| Consulta em cirurgia oncologica | 300 | 30,00 |
| Consulta em cirurgia plástica oncologica | 15 | 30,00 |
| Consulta em cirurgia torácica adulto oncologia | 30 | 30,00 |
| Consulta em ginecologia oncologica | 250 | 30,00 |
| Consulta em hematologia oncologica | 160 | 30,00 |
| Consulta em mastologia oncologia | 270 | 30,00 |
| Consulta em nefrologia | 150 | 30,00 |
| Consulta em oncologia | 715 | 30,00 |
| Consulta em urologia oncológica | 100 | 30,00 |
| Consulta em angiologia adulto | 40 | 30,00 |
| Consulta em cardiologia adulto | 80 | 30,00 |
| Consulta em cardiologia pediatria | 40 | 30,00 |
| Consulta em cirurgia cabeça e pescoço adulto | 20 | 30,00 |
| Consulta em cirurgia cardíaca adulto | 50 | 30,00 |
| Consulta em cirurgia vascular adulto | 50 | 30,00 |
| Consulta em neurocirurgia adulto | 20 | 30,00 |
| Consulta em oftalmologia adulto | 1.480 | 30,00 |
| Consulta em oftalmologia catarata adulto | 120 | 30,00 |
| Consulta em oftalmologia glaucoma adulto | 120 | 30,00 |
| Consulta em oftalmologia injeção intra vítrea | 60 | 30,00 |
| Consulta em oftalmologia pediatria | 30 | 30,00 |
| Consulta em oftalmologia pterígio adulto | 100 | 30,00 |
| Consulta em oftalmologia retina adulto | 60 | 30,00 |
| TOTAL | 4.600 | 138.000,00 |

* O valor unitário corresponde ao estabelecido através da Portaria SESA 083-R de 01/10/2019.

9.2 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

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

| Tipo de exame | Quantidade mês |
|---|----------------|
| Coleta de material | 33 |
| Diagnóstico em laboratório clínico | 6042 |
| Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia | 3074 |
| Diagnóstico por radiologia | 2501 |
| Diagnóstico por ultrassonografia | 546 |
| Diagnóstico por endoscopia | 220 |
| Métodos diagnósticos em especialidades | 2675 |

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 CONVENENTE 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

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.

O desempenho alcançado pela convenente, em cada uma das apurações quadrimestrais, impactará no repasse financeiro dos 30% do valor global pré-fixado, de acordo com o estabelecido no quadro abaixo:

| PONTUAÇÃO SCORE (PS) | Percentual de Desconto da Parcela dos 30% do valor global pré-fixado |
|----------------------|--|
| ≥ 95 a < 100 | 0% |
| ≥ 92 a < 95 | 5% |
| ≥ 90 a < 92 | 10% |
| ≥ 88 a < 90 | 15% |
| ≥ 85 a < 88 | 20% |
| ≥ 82 a < 85 | 25% |
| ≥ 80 a < 82 | 30% |
| ≥ 78 a < 80 | 40% |
| ≥ 76 a < 78 | 50% |
| ≥ 74 a < 76 | 60% |
| ≥ 72 a < 74 | 70% |
| ≥ 70 a < 72 | 80% |
| < 70 | 90% |

10.2 INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO HOSPITALAR GERAL

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

| DESCRIÇÃO | META | SCORE MÁXIMO |
|---|--|--------------|
| 1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS | | 5,0 |
| 1.1. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA) | <p>Apresentar no 1º Quadrimestre, após a celebração do Convênio de Contratualização, o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada, conforme abaixo:</p> <p>Hospitais Estruturantes: ONA nível I em 18 meses ONA nível 2 em 30 meses, ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter.</p> <p>Hospitais Estratégicos: Certificação ONA 1 em 18 meses</p> <p>Hospitais de Apoio: Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses. Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma</p> | 5,0 |

| | | |
|---|--|-------------|
| 2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS | | 5,0 |
| 2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial | <p>A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser $\geq 95\%$ dos funcionários.</p> <p>Apresentar Plano de Educação Continuada ativo e cronograma de treinamento.</p> <p>É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário.</p> | 5,0 |
| 3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL | | 15,0 |
| 3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar | <p>Manter as seguintes Comissões em pleno funcionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comissão de Revisão de Prontuário; -Comissão de Óbitos; -Comissão de Ética Médica; -Comissão de Ética em Enfermagem; -Comissão de Farmácia e Terapêutica; -Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); -Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber; -Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS); -Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino; -Comissão de Segurança do Paciente; -Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e -Grupo Técnico de Humanização (GTH). | 10,0 |
| 3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente | <p>Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificação do Paciente; -Cirurgia Segura; -Prevenção de Úlcera de Pressão; -Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde; -Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos; -Prevenção de Quedas. | 5,0 |
| 4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO | | 5,0 |
| 4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada prioritariamente pela metodologia do NPS (<i>Net Promoter Score</i>). | <p>Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital.</p> <p>Atingir resposta ótimo e bom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 65\%$ - 5,0 pontos; • 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos; • $\leq 61,99$ – zero. <p>OU</p> <p>Atingir índice do NPS 65:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SIM - 5,0 pontos; • NÃO – zero. <p>OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a a s</p> | 5,0 |

| | | |
|---|--|-------------|
| | monitorada. | |
| 5. ACESSO AO SISTEMA | | 45,0 |
| 5.1. Acesso Hospitalar | Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação. Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil. | 5,0 |
| 5.2. Tempo de Regulação | Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas. | 5,0 |
| 5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado | Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de Regulação. (leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise) | 10,0 |
| 5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada | 100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas no sistema de regulação. | 10,0 |
| 5.5 . Acesso aos Exames Especializada | 100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas no sistema de regulação. | 10,0 |
| 5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas | Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas $\leq 8\%$ Atingir percentual: <ul style="list-style-type: none"> • $\leq 8,0\%$ - 5,0 pontos; • 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos; • $\geq 10,0\%$ – zero. | 5,0 |
| 6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO | | 25,0 |
| 6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência. | - Alcançar e manter em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência). | 15,0 |

| | | |
|---|---|--------------|
| 6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação. | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir \leq a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação. | 5,0 |
| 6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas. | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir \leq a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas. | 5,0 |
| TOTAL | | 100,0 |

XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL | | | |
|--|------------------|--|------------------|
| PRÉ-FIXADO 70% | MENSAL (R\$) | Outubro/2023 a novembro/2023 02 MESES (R\$) | TOTAL (R\$) |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual | R\$ 2.547.659,12 | R\$ 5.095.318,24 | R\$ 5.095.318,24 |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- Recurso Estadual | R\$ 843.007,20 | R\$ 1.686.014,40 | R\$ 1.686.014,40 |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal | R\$ 1.466.075,53 | R\$ 2.932.151,05 | R\$ 2.932.151,05 |
| Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal | R\$ 498.459,13 | R\$ 996.918,26 | R\$ 996.918,26 |
| INTEGRASUS - Recurso Federal | R\$ 14.806,38 | R\$ 29.612,76 | R\$ 29.612,76 |
| Rede Cegonha - Etapa II do Plano de Ação Regional (Portaria nº 2.516, de 22 de novembro de 2016) - 06 Leitos de UTIN - Recurso Federal | R\$ 52.770,24 | R\$ 105.540,48 | R\$ 105.540,48 |
| Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº 1806 de 26 de outubro de 2014) Qualificação de leitos de UTI - Recurso Federal | R\$ 114.335,52 | R\$ 228.671,04 | R\$ 228.671,04 |
| Residência Médica - Incentivo financeiro de custeio mensal (Portaria GM/MS Nº 2.322 de 23 de | R\$ 96.000,00 | R\$ 192.000,00 | R\$ 192.000,00 |

| | | | |
|---|---------------------|--|--------------------|
| outubro de 2014) - Recurso Federal | | | |
| SUBTOTAL - Recurso Estadual | R\$ 3.390.666,32 | R\$ 6.781.332,64 | R\$ 6.781.332,64 |
| SUBTOTAL - Recurso Federal | R\$ 2.242.446,80 | R\$ 4.484.893,59 | R\$ 4.484.893,59 |
| TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 5.633.113,12 | R\$ 11.266.226,24 | R\$ 11.266.226,24 |
| PRÉ-FIXADO 30% | MENSAL (R\$) | Outubro/2023 a novembro/2023 02 MESES (R\$) | TOTAL (R\$) |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual | R\$ 1.091.853,91 | R\$ 2.183.707,82 | R\$ 2.183.707,82 |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- Recurso Estadual | R\$ 361.288,80 | R\$ 722.577,60 | R\$ 722.577,60 |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal | R\$ 628.318,08 | R\$ 1.256.636,17 | R\$ 1.256.636,17 |
| SUBTOTAL - Recurso Estadual | R\$ 1.453.142,71 | R\$ 2.906.285,42 | R\$ 2.906.285,42 |
| SUBTOTAL - Recurso Federal | R\$ 628.318,08 | R\$ 1.256.636,17 | R\$ 1.256.636,17 |
| TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 2.081.460,79 | R\$ 4.162.921,58 | R\$ 4.162.921,58 |
| TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL | R\$ 4.843.809,03 | R\$ 9.687.618,06 | R\$ 9.687.618,06 |
| TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL | R\$ 2.870.764,88 | R\$ 5.741.529,76 | R\$ 5.741.529,76 |
| TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 7.714.573,91 | R\$ 15.429.147,82 | R\$ 15.429.147,82 |
| | | | |
| COMPONENTE PÓS-FIXADO | MENSAL (R\$) | Outubro/2023 a novembro/2023 02 MESES (R\$) | TOTAL (R\$) |
| Consultas - Recurso Estadual | R\$ 138.000,00 | R\$ 276.000,00 | R\$ 276.000,00 |
| Exames - Recurso Estadual | R\$ 147.974,96 | R\$ 295.949,92 | R\$ 295.949,92 |
| OPME's Alta complexidade - Recurso Estadual | R\$ 220.056,58 | R\$ 440.113,16 | R\$ 440.113,16 |
| OPME's Não padronizadas na tabela SUS - VIA PORTARIA 061-R, 31/07/2023 -Recurso Estadual | R\$ 238.731,40 | R\$ 477.462,80 | R\$ 477.462,80 |
| Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média complexidade - Recurso Federal | R\$ 407.281,84 | R\$ 814.563,68 | R\$ 814.563,68 |
| APAC'S – quimioterapia, radioterapia, cateterismo, cirurgias de catarata e exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de alta complexidade - Recurso Federal | R\$ 1.859.267,72 | R\$ 3.718.535,44 | R\$ 3.718.535,44 |

| | | | | | | | |
|--|----------------|-----|----------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|
| FAEC Ambulatorial- Federal | Recurso | R\$ | 407.356,30 | R\$ | 814.712,60 | R\$ | 814.712,60 |
| FAEC Hospitalar- Federal | Recurso | R\$ | 348.159,62 | R\$ | 696.319,24 | R\$ | 696.319,24 |
| FAEC – TRS- Recurso Federal | | R\$ | 233.223,56 | R\$ | 466.447,12 | R\$ | 466.447,12 |
| TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL | | R\$ | 744.762,94 | R\$ | 1.489.525,88 | R\$ | 1.489.525,88 |
| TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL | | R\$ | 3.255.289,04 | R\$ | 6.510.578,08 | R\$ | 6.510.578,08 |
| TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL + FEDERAL | | R\$ | 4.000.051,98 | R\$ | 8.000.103,96 | R\$ | 8.000.103,96 |
| TOTAL DO CONVÊNIO | | R\$ | 11.714.625,89 | R\$ | 23.429.251,78 | R\$ | 23.429.251,78 |

APROVAÇÃO

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de **R\$ 23.429.251,78** (vinte e três milhões e quatrocentos e vinte e nove mil e duzentos e cinquenta e um reais e setenta e oito centavos).

Assinatura e carimbo da Concedente
Nome: **ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**
CPF: 926.326.297-72

Assinatura e carimbo da Convenente
Nome: **ELIZEU CRISÓSTOMO DE VARGAS**
CI: 354189 – Órgão Expedidor: SPTC-ES CPF: 527.583.627-91

Assinatura

Assinatura

Vitória (ES), de setembro 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/FEDERAL | | | | |
|--------------------------------------|------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|
| 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 |
| TOTAL | 200 | | | R\$ 5.733.906,64 |

| 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 |
| TOTAL | 15 | | R\$ 2.641,00 | R\$ 1.204.296,00 |

| | | | | |
|------------------------------|------------|--|--|-------------------------|
| TOTAL GERAL DE LEITOS | 215 | | | R\$ 6.938.202,64 |
|------------------------------|------------|--|--|-------------------------|

SIA - Média Complexidade

| RECURSO FEDERAL | | | | | | | | | |
|-----------------|----------|------------|------------|----------------------|-------|-------|-----------|------------|------------|
| Grupo | Subgrupo | Quantidade | Quantidade | Forma Organizacional | Quant | Valor | Valor/mês | Quantidade | Quantidade |

| | | 1º Vez (Acesso) | autog estão (retorno) | | / mês | Unitá rio | | 1º Vez (Acesso) | autog estão (retorno) |
|---|---|--------------------|--|---|--------------|-------------------|------------------|--------------------|-----------------------------|
| 02 - Procedi mentos com Finalid ade Diagnós tica | 01- Coleta de materia l | | | 01- Coleta de material por meio de punção/biopsia (próstata) | 30 | R\$ 202,8 1 | R\$ 6.084,30 | 0 | 30 |
| | 02 - Diagnó stico em laborat ório clínico | | | 01 - Bioquimicos | 308 8 | R\$ 2,75 | R\$ 8.492,00 | 0 | 3088 |
| | | | | 01 - Determinação de Crematócrito no leite humano ordenhado | 120 | R\$ 1,53 | R\$ 183,60 | 0 | 120 |
| | | | | 02 - Hematologicos e Hemostasia | 776 | R\$ 3,82 | R\$ 2.964,32 | 0 | 776 |
| | | | | 03 - Exames Sorologicos e Imunologicos | 855 | R\$ 15,18 | R\$ 12.978,90 | 0 | 855 |
| | | | | 04 - Coprologicos | 169 | R\$ 1,66 | R\$ 280,54 | 0 | 169 |
| | | | | 05 - Uroanálise | 242 | R\$ 3,71 | R\$ 897,82 | 0 | 242 |
| | | | | 06 - Hormonais | 405 | R\$ 9,90 | R\$ 4.009,50 | 0 | 405 |
| | | | | 07 - Toxicologicos ou Monitorização Terapeutica | 7 | R\$ 6,22 | R\$ 43,54 | 0 | 7 |
| | | | | 08 - Microbiologicos | 188 | R\$ 6,94 | R\$ 1.304,72 | 0 | 188 |
| | | | | 08 - Cultura do leite humano | 121 | R\$ 5,62 | R\$ 680,02 | 0 | 121 |
| | | | | 09- Exames em outros líquidos biológicos | 2 | R\$ 2,60 | R\$ 5,20 | 0 | 2 |
| | | | | 10- Exames de Genética | 1 | R\$ 32,48 | R\$ 32,48 | 0 | 1 |
| | | | 12 - Imunohematologico | 68 | R\$ 1,37 | R\$ 93,16 | 0 | 68 | |
| 03 - Diagnó stico por anatomí a patológ ica e citopato logia | | | 01 - Citopatológico - 02.03.01.001-9 | 550 | R\$ 13,72 | R\$ 7.546,00 | 0 | 550 | |
| | | | 01 - Citopatológico - 02.03.01.008-6 - Exame Citopatológico Cervico Vaginal/Microflora - Rastreamento | 218 9 | R\$ 14,37 | R\$ 31.455,93 | 0 | 2189 | |
| | | | 02 - Anatomo-patológico | 335 | R\$ 90,27 | R\$ 30.240,45 | 0 | 335 | |
| 04- Diagnó | | | 03 - Mamografia Bilateral por rastreamento | 2.4 30 | R\$ 45,00 | R\$ 109.350,00 | 2187 | 243 | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|------|------------|---------------|-----|------|
| | stico por Radiologia | | 03- Mamografia Diagnóstica | 71 | R\$ 22,50 | R\$ 1.597,50 | 64 | 7 |
| | 05 - Diagnóstico por ultrasonografia | | 02 - Ultra-sonografia dos demais Sistemas | 100 | R\$ 24,20 | R\$ 2.420,00 | 51 | 49 |
| | | | 01 - Ecocardiograma Adulto | 180 | R\$ 39,94 | R\$ 7.189,20 | 128 | 52 |
| | | | 01 - Ecocardiograma Infantil | 16 | R\$ 39,94 | R\$ 639,04 | 8 | 8 |
| | | | 01- Sistema circulat Doppler de vasos | 250 | R\$ 39,60 | R\$ 9.900,00 | 125 | 125 |
| | 09 - Diagnóstico por endoscopia | | 01-Esofagogastroduodenoscopia (endoscopia digestiva alta) | 100 | R\$ 48,16 | R\$ 4.816,00 | 60 | 40 |
| | | | 01 - Colonoscopia (coloscopia) | 100 | R\$ 112,66 | R\$ 11.266,00 | 45 | 55 |
| | | | 01 - Retossigmoidoscopia | 15 | R\$ 23,13 | R\$ 346,95 | 12 | 3 |
| | | | 04 - Aparelho respiratório (Broncoscopia) | 5 | R\$ 36,02 | R\$ 180,10 | 3 | 2 |
| | 11- Métodos Diagnósticos em Especialidades | | 02- Diagnóstico em Cardiologia - Teste Ergometrico | 100 | R\$ 30,00 | R\$ 3.000,00 | 90 | 10 |
| | | | 02 - Diagnostico em Cardiologia | 170 | R\$ 5,15 | R\$ 875,50 | 0 | 170 |
| | | | 02 - Diagnóstico em Cardiologia - Holter | 25 | R\$ 30,00 | R\$ 750,00 | 18 | 7 |
| | | | 05 - Diagnóstico em neurologia (Eletroencefalograma) | 30 | R\$ 25,00 | R\$ 750,00 | 20 | 10 |
| | | | 05 - Diagnóstico em neurologia (Eletroneuromiografia) | 150 | R\$ 27,00 | R\$ 4.050,00 | 143 | 7 |
| | | | 06 - Diagnóstico em Oftalmologia | 1000 | R\$ 40,00 | R\$ 40.000,00 | 0 | 1000 |
| | | | 06 - Diagnóstico em Oftalmologia - Retinografia Fluorescente | 50 | R\$ 64,00 | R\$ 3.200,00 | 25 | 25 |
| | | | 06- Diagnóstico em Oftalmologia - Retinografia Colorida | 150 | R\$ 24,68 | R\$ 3.702,00 | 75 | 75 |
| | 12 - Diagnóstico e Procedimentos Especiais em Hemoterapia | | 01- Exame do Doador/Receptor | 1175 | R\$ 15,67 | R\$ 18.412,25 | 0 | 1175 |
| | | | 02- Procedimentos Especiais em Hemoterapia | 803 | R\$ 10,86 | R\$ 8.720,58 | 0 | 803 |
| | 14- Diagnóstico | | 01 - Teste realizado fora da estrutura lab. | 2 | R\$ 1,00 | R\$ 2,00 | 0 | 2 |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|----------------|--|--------------|--------------|-----------------------|-------------|--------------|--|
| | por Teste Rápido | | | | | | | | |
| 03 - Procedimentos Clínicos | 06- Hemoterapia | | 01- Procedimentos destinados a obtenção do sangue p/ fins de assist hemot | 1680 | R\$ 15,62 | R\$ 26.241,60 | 0 | 1680 | |
| | | | 02- Medicina Transfusional | 670 | R\$ 6,13 | R\$ 4.107,10 | 0 | 670 | |
| 04 - Procedimentos Cirúrgicos | 05- Cirurgia da Visão | | 03 -0045 - Corpo vítreo, retina, coróide e esclera - Fotocoagulação a laser | 100 | R\$ 75,15 | R\$ 7.515,00 | 50 | 50 | |
| | | | 03-005-3 - INJECAO INTRA-VITREO | 10 | R\$ 82,28 | R\$ 822,80 | 5 | 5 | |
| | | | 05- Conjuntiva, Cornea, Camara Anterior, Iris,Corpo Ciliar e Cristalino (PTERIGIO) | 100 | R\$ 209,55 | R\$ 20.955,00 | 50 | 50 | |
| | | | 05-002-0 Capsulotomia por Yag Laser | 90 | R\$ 78,75 | R\$ 7.087,50 | 45 | 45 | |
| | 07- Cirurgia do Aparelho Digestivo, órgão e anexo | | 01- ESOF, ESTO, DUODENO (retirada de pólipos) | 7 | R\$ 29,84 | R\$ 208,88 | 0 | 7 | |
| 17- Anestesiologia | | 01- Anestésias | 123 | R\$ 15,32 | R\$ 1.884,36 | 0 | 123 | | |
| TOTAL | | | | 18848 | | R\$ 407.281,84 | 3204 | 15644 | |

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 FEDERAL | | | | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|--|-----------|----------------|---------------|----------------------------|---------------------------------|--|
| Grupo | Subgrupo | Forma Organizacional | Quant/mês | Valor Unitário | Valor/mês | Quantidade 1º Vez (Acesso) | Quantidade autogestão (retorno) | |
| 02 - Procedimentos com | 04 - Diagnóstico por radiologia | 06 - Exames Radiológicos da Cintura Pélvica e dos membros inferiores (densitometria ossea) | 300 | R\$ 55,10 | R\$ 16.530,00 | 270 | 30 | |

| | | | | | | | |
|--|---|---|--------------|---------------|----------------|-----|-----|
| Finalidade Diagnóstica | 06 - Diagnóstico por tomografia | 01 - Cabeça, Pescoço e Coluna vertebral | 490 | R\$ 96,12 | R\$ 47.098,80 | 370 | 556 |
| | | 02 - Torax e Membros Superiores | 170 | R\$ 133,58 | R\$ 22.708,60 | | |
| | | 03 - AbdomeM, Pelve Membros inferiores | 266 | R\$ 137,06 | R\$ 36.457,96 | | |
| | | 01,02,03 - Tomo com sedação | 10 | R\$ 115,44 | R\$ 1.154,40 | 5 | 5 |
| | 07- Diagnóstico por Ressonância Magnética | 01 - RM de cabeça, pescoço e coluna vertebral | 605 | R\$ 268,75 | R\$ 162.593,75 | 844 | 361 |
| | | 02 - RM de tórax e membros superiores | 200 | R\$ 268,75 | R\$ 53.750,00 | | |
| | | 03- RM do abdomeM, pelve e membros inferiores | 400 | R\$ 268,75 | R\$ 107.500,00 | | |
| | 08- Diagnóstico por Medicina Nuclear in VIVO | 01- Aparelho Cardiovascular | 40 | R\$ 457,74 | R\$ 18.309,60 | 200 | 31 |
| | | 01 - Aparelho Cardiovascular (miocardio de repouso) | 40 | R\$ 429,22 | R\$ 17.168,80 | | |
| | | 01 - Aparelho Cardiovascular | 15 | R\$ 395,80 | R\$ 5.937,00 | | |
| | | 02 - Aparelho Digestivo | 2 | R\$ 133,88 | R\$ 267,76 | | |
| 03 - Aparelho endocrino | | 5 | R\$ 238,74 | R\$ 1.193,70 | | | |
| 04 - Aparelho Geniturinario | | 5 | R\$ 146,16 | R\$ 730,80 | | | |
| 05 - Aparelho esquelético | | 120 | R\$ 190,96 | R\$ 22.915,20 | | | |
| 06 - Aparelho nervoso | | 1 | R\$ 438,49 | R\$ 438,49 | | | |
| 07- Aparelho Respiratorio | | 1 | R\$ 129,31 | R\$ 129,31 | | | |
| 08- outros metodos de diagnostico em medicina nuclear vivo | 2 | R\$ 906,80 | R\$ 1.813,60 | | | | |
| 10 - Diagnóstico por radiologia intervencionista | 01 - Angiografia, aortografia e arteriografia | 58 | R\$ 188,04 | R\$ 10.906,32 | 0 | 58 | |
| 11 - Métodos diagnósticos em especialidades | 02 - Cateterismo | 120 | R\$ 614,72 | R\$ 73.766,40 | 108 | 12 | |
| 03 - Procedimentos Clínicos | 04- Tratamento em Oncologia | 01- Radioterapia | 52 | R\$ 4.471,71 | R\$ 232.528,92 | 0 | 52 |
| | | 01 - Radioterapia - Braquiterapia | 30 | R\$ 1.000,00 | R\$ 30.000,00 | 0 | 30 |
| | | 02- Quimioterapia Palativa Adulto | 737 | R\$ 564,04 | R\$ 415.697,48 | 0 | 737 |
| | | 02 - Quimioterapia de Carcinoma do Fígado ou do Trato Biliar Avançado | 5 | R\$ 571,50 | R\$ 2.857,50 | 0 | 5 |
| | | 03- Quimioterapia p/ controle temporário de doença-adulto | 135 | R\$ 539,76 | R\$ 72.867,60 | 0 | 135 |
| | | 04- Quimioterapia prévia (neoadjuvante/citorredutora) adulto | 50 | R\$ 1.273,77 | R\$ 63.688,50 | 0 | 50 |
| | | 05- Quimioterapia adjuvante(profilática) adulto | 857 | R\$ 230,93 | R\$ 197.907,01 | 0 | 857 |
| | | 06- Quimioterapia curativa adulto | 14 | R\$ 1.808,79 | R\$ 25.323,06 | 0 | 14 |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---|--------------|--------------|-------------------------|--------------|--------------|
| | | 07- Quimioterapia de tumores de criança e adolescente | 3 | R\$ 1.700,00 | R\$ 5.100,00 | 0 | 3 |
| | | 08- Quimioterapia procedimentos especiais | 76 | R\$ 453,41 | R\$ 34.459,16 | 0 | 76 |
| 04 - Procedimentos Cirúrgicos | 05- Cirurgia do aparelho da visão | 05 - Conjuntiva, Cornea, Camara Anterior, Iris, Corpo Ciliar e Cristalino - Catarata (facoemulsificação - Lente dobrável) | 230 | R\$ 771,60 | R\$ 177.468,00 | 0 | 230 |
| TOTAL | | | 5.039 | | R\$ 1.859.267,72 | 1.797 | 3.242 |

CONSULTAS

Valor unitário estabelecido pela Portaria SESA nº083-R de 01/10/2019

| RECURSO ESTADUAL | | | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------|---------------|
| Ambulatório Especializado | Quantidade Oferta Mensal Contratual | Quantidade 1º Vez (Acesso) | Quantidade autogestão (retorno) | Valor Unitário | Valor Mês |
| Consulta anestesista para risco cirúrgico | 160 | 0 | 160 | R\$ 30,00 | R\$ 4.800,00 |
| Consulta cirurgia cardíaca pediátrica | 20 | 15 | 5 | R\$ 30,00 | R\$ 600,00 |
| Consulta em cardiologia para risco cirúrgico | 160 | 0 | 160 | R\$ 30,00 | R\$ 4.800,00 |
| Consulta em cirurgia oncológica | 300 | 30 | 270 | R\$ 30,00 | R\$ 9.000,00 |
| Consulta em cirurgia plástica oncológica | 15 | 0 | 15 | R\$ 30,00 | R\$ 450,00 |
| Consulta em cirurgia torácica adulto oncológica | 30 | 9 | 21 | R\$ 30,00 | R\$ 900,00 |
| Consulta em ginecologia oncológica | 250 | 50 | 200 | R\$ 30,00 | R\$ 7.500,00 |
| Consulta em hematologia oncológica | 160 | 16 | 144 | R\$ 30,00 | R\$ 4.800,00 |
| Consulta em mastologia oncológica | 270 | 81 | 189 | R\$ 30,00 | R\$ 8.100,00 |
| Consulta em nefrologia | 150 | 8 | 142 | R\$ 30,00 | R\$ 4.500,00 |
| Consulta em oncologia | 715 | 72 | 644 | R\$ 30,00 | R\$ 21.450,00 |
| Consulta em urologia oncológica | 100 | 10 | 90 | R\$ 30,00 | R\$ 3.000,00 |
| Consulta em angiologia adulto | 40 | 20 | 20 | R\$ 30,00 | R\$ 1.200,00 |
| Consulta em cardiologia adulto | 80 | 40 | 40 | R\$ 30,00 | R\$ 2.400,00 |
| Consulta em cardiologia pediatria | 40 | 30 | 10 | R\$ 30,00 | R\$ 1.200,00 |

| | | | | | |
|---|-------------|--------------|--------------|-----------|-----------------------|
| Consulta em cirurgia cabeça e pescoço adulto | 20 | 4 | 16 | R\$ 30,00 | R\$ 600,00 |
| Consulta em cirurgia cardíaca adulto | 50 | 30 | 20 | R\$ 30,00 | R\$ 1.500,00 |
| Consulta em cirurgia vascular adulto | 50 | 25 | 25 | R\$ 30,00 | R\$ 1.500,00 |
| Consulta em neurocirurgia adulto | 20 | 12 | 8 | R\$ 30,00 | R\$ 600,00 |
| Consulta em oftalmologia adulto | 1480 | 740 | 740 | R\$ 30,00 | R\$ 44.400,00 |
| Consulta em oftalmologia catarata adulto | 120 | 60 | 60 | R\$ 30,00 | R\$ 3.600,00 |
| Consulta em oftalmologia glaucoma adulto | 120 | 60 | 60 | R\$ 30,00 | R\$ 3.600,00 |
| Consulta em oftalmologia injeção intra vítrea | 60 | 30 | 30 | R\$ 30,00 | R\$ 1.800,00 |
| Consulta em oftalmologia pediatria | 30 | 15 | 15 | R\$ 30,00 | R\$ 900,00 |
| Consulta em oftalmologia pterígio adulto | 100 | 50 | 50 | R\$ 30,00 | R\$ 3.000,00 |
| Consulta em oftalmologia retina adulto | 60 | 30 | 30 | R\$ 30,00 | R\$ 1.800,00 |
| TOTAL | 4600 | 1.436 | 3.164 | | R\$ 138.000,00 |

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

EXAMES

| RECURSO ESTADUAL | | | | | | | |
|---|--------------------------|-------------------|---------------------------------|---------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| Ambulatório Especializado | Oferta Mensal Contratual | Quantidade 1º Vez | Quantidade autogestão (retorno) | Valor Unitário Tabela SUS | Valor Unitário Tabela SUS Capixaba | Valor Unitário Diferença Tabela | Valor Complemento Mês R\$ |
| BIOPSIA DE PROSTATA | 30 | 27 | 3 | R\$ 202,81 | R\$ 257,50 | R\$ 54,69 | R\$ 1.640,70 |
| COLONOSCOPIA | 100 | 45 | 55 | R\$ 112,66 | R\$ 335,80 | R\$ 223,14 | R\$ 22.314,00 |
| DENSITOMETRIA OSSEA DUOENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR) | 300 | 270 | 30 | R\$ 55,10 | R\$ 57,53 | R\$ 2,43 | R\$ 729,00 |
| ECOCARDIOGRAFIA | 180 | 128 | 52 | R\$ 39,94 | R\$ 125,00 | R\$ 85,06 | R\$ 15.310,80 |

| | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----------|------------|------------|---------------|
| TRANSTORACIA A ADULTO | | | | | | | |
| ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACIA INFANTIL | 16 | 8 | 8 | R\$ 39,94 | R\$ 125,00 | R\$ 85,06 | R\$ 1.360,96 |
| ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) | 150 | 143 | 7 | R\$ 27,00 | R\$ 216,67 | R\$ 189,67 | R\$ 28.450,50 |
| ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA ADULTO | 100 | 60 | 40 | R\$ 48,16 | R\$ 147,50 | R\$ 99,34 | R\$ 9.934,00 |
| GRUPO ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER | 250 | 125 | 125 | R\$ 39,60 | R\$ 125,00 | R\$ 85,40 | R\$ 21.350,00 |
| MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) | 25 | 18 | 7 | R\$ 30,00 | R\$ 102,20 | R\$ 72,20 | R\$ 1.805,00 |
| RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR | 50 | 25 | 25 | R\$ 64,00 | R\$ 72,00 | R\$ 8,00 | R\$ 400,00 |
| TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO | 100 | 90 | 10 | R\$ 30,00 | R\$ 91,25 | R\$ 61,25 | R\$ 6.125,00 |
| TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA | 250 | 125 | 125 | R\$ 48,00 | R\$ 192,54 | R\$ 144,54 | R\$ 36.135,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR (PELVE) | 5 | 3 | 3 | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 | R\$ 24,20 | R\$ 121,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES) | 5 | 3 | 3 | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 | R\$ 24,20 | R\$ 121,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL | 10 | 5 | 5 | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 | R\$ 24,20 | R\$ 242,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO (RINS, BEXIGA) | 5 | 3 | 2 | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 | R\$ 24,20 | R\$ 121,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / | 40 | 20 | 20 | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 | R\$ 24,20 | R\$ 968,00 |

| | | | | | | | |
|--|--------------|--------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------------------|
| ORBITA (MONOCULAR) | | | | | | | |
| ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL | 5 | 3 | 2 | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 | R\$ 24,20 | R\$ 121,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE | 4 | 2 | 2 | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 | R\$ 24,20 | R\$ 96,80 |
| ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL | 6 | 3 | 3 | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 | R\$ 24,20 | R\$ 145,20 |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA | 5 | 3 | 3 | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 | R\$ 24,20 | R\$ 121,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL | 15 | 8 | 8 | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 | R\$ 24,20 | R\$ 363,00 |
| TOTAL | 1.651 | 1.113 | 537 | | | | R\$ 147.974,96 |

Valores unitários estabelecidos pela Portaria Estadual nº015-R, de 07/02/2020 - Tabela SUS capixaba

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

OPME DE 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 |
| Total | 319 | | R\$ 220.056,58 |

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

Valores unitários conforme Portaria N° 061-R, DE 31/07/2023

| RECURSO ESTADUAL | | | | |
|-------------------------|--|-------------------|-----------------------|------------------|
| | MATERIAL | QUANTIDADE | VALOR UNITÁRIO | VALOR MÊS |
| 1 | FIO GUIA AMPLATZ 0.035X260MM | 6 | R\$ 350,00 | R\$ 2.100,00 |
| 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 CENTIMENTRADO | 4 | R\$ 700,00 | R\$ 2.800,00 |
| 5 | DISPOSITIVO DE INSUFLAÇÃO | 24 | R\$ 230,00 | R\$ 5.520,00 |
| 6 | PROGLIDE | 10 | R\$ 1.000,00 | R\$ 10.000,00 |
| 7 | BAINHA LONGA | 3 | R\$ 900,00 | R\$ 2.700,00 |
| 8 | FIO GUIA CONFIDA OU SAFARI / Fio 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(FIBRINOGEN,APROTIIN,TROMBINA) 4ML | 10 | R\$ 1.297,14 | R\$ 12.971,40 |
| 11 | KIT PARA REALIZAÇÃO DE IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VÁLVULA AÓRTICA - EVOLUT R | 2 | R\$ 80.990,00 | R\$ 161.980,00 |
| 12 | PINÇA ULTRASSÔNICA PARA CIRURGIA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA | 11 | R\$ 2.000,00 | R\$ 22.000,00 |
| 13 | PAPILOTOMO TIPO TRIPLO LUMEN | 1 | R\$ 400,00 | R\$ 400,00 |
| TOTAL | | | R\$ 238.731,40 | |

Obs 1. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.

Obs.2 Esta tabela representa um quadro estimativo de valor global para OPME's não padrão, ficando facultado ao hospital utilizar qualquer item em quaisquer quantitativo da Portaria vigente, ou outra que venha a substituí-la; sendo pago o valor unitário disposto na Portaria vigente, conforme utilização e comprovação. Fica vedado ultrapassar o teto financeiro aqui previsto.

Obs.3 A comprovação da utilização das OPME's não padrão, dispostas na Portaria vigente, se dará obrigatoriamente pela fixação das etiquetas (principais e secundárias) no prontuário, além de evolução médica com descrição do ato cirúrgico e detalhamento do uso das OPME's.

FAEC Ambulatorial

| |
|------------------------|
| RECURSO FEDERAL |
|------------------------|

| Grupo | Subgrupo | Forma Organizacional | Procedimento | Quant/mês | Valor Unitário | Valor/mês | Quantidade 1º Vez | Quantidade autogestão (retorno) |
|--|--|--|--|-----------|----------------|---------------|-------------------|---------------------------------|
| 02 - Procedimentos com finalidade Diagnóstica | 11 - Métodos diagnósticos em Especialidades | 06 - Diagnóstico em Oftalmologia | 02.11.06.028-3 - Tomografia de Coerência óptica | 250 | R\$ 48,00 | R\$ 12.000,00 | 125 | 125 |
| | 05 - Transplante de órgãos, tecidos e células | 06- Acompanhamento e intercorrências pós transplante | 01 - Acompanhamento de paciente pós-transplante - 05.06.01.002-3 - Acompanhamento de Paciente no Pós-Transplante de Rim, Fígado, Coração, Pulmão, Células-Tronco Hematopoéticas e/ou Pâncreas | 20 | R\$ 135,00 | R\$ 2.700,00 | 0 | 20 |
| 03 - Procedimentos Clínicos | 01 - Consultas / atendimentos / acompanhamentos | 12 - Atendimento/acompanhamento de diagnóstico de doenças endócrinas/metabólicas e nutricionais. | 03.01.12.005-6 - Acompanhamento de Paciente Pré-Cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional | 150 | R\$ 40,00 | R\$ 6.000,00 | 0 | 150 |
| | 03 - Tratamento Clínico - outras especialidades | 05 - Tratamento de Doenças do Aparelho da Visão | 03.03.05.023-3 Tratamento Medicamentoso da Doença da Retina - Procedimento Binocular | 100 | R\$ 627,28 | R\$ 62.728,00 | 0 | 100 |

| | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|------------|--------------|-----------------------|------------|------------|
| 04 - Tratamento em Oncologia | 03 - QUIMIOTERAPIA PARA CONTROLE TEMPORÁRIO DE DOENÇA - ADULTO | 03.04.03.025-2 QUIMIOTERAPIA DE MIELOMA MÚLTIPLO - 1ª LINHA | 28 | R\$ 5.224,65 | R\$ 146.290,20 | 0 | 28 |
| 04 - Tratamento em Oncologia | 03 - QUIMIOTERAPIA PARA CONTROLE TEMPORÁRIO DE DOENÇA - ADULTO | 03.04.03.026-0 QUIMIOTERAPIA DE MIELOMA MÚLTIPLO - 2ª LINHA | 34 | R\$ 5.224,65 | R\$ 177.638,10 | 0 | 34 |
| TOTAL | | | 582 | | R\$ 407.356,30 | 125 | 457 |

FAEC Hospitalar

| RECURSO FEDERAL | | | | | |
|--|--|--|-----------|----------------|----------------|
| Grupo | Subgrupo | Forma Organizacional | Quant/mês | Valor Unitário | Valor/mês |
| 04- Procedimentos cirúrgicos | 06 - Cirurgia do Aparelho Circulatório | 01 - Cirurgia cardiovascular | 15 | R\$ 10.771,95 | R\$ 161.579,25 |
| | | 03 - Angioplastia Coronariana Primária | 10 | R\$ 5.606,76 | R\$ 56.067,60 |
| | 07 - Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal | 01 - Esôfago, estômago e duodeno | 17 | R\$ 5.899,07 | R\$ 100.284,19 |
| | 13 - Cirurgia Reparadora | 04 - Outras Cirurgias Plásticas Reparadoras | 1 | R\$ 1.101,72 | R\$ 1.101,72 |
| | 15 - Outras Cirurgias | 01 - Múltiplas | 1 | R\$ 5.888,59 | R\$ 5.888,59 |
| 05- Transplantes de órgãos, tecidos e células | 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 | R\$ 600,00 | R\$ 600,00 |
| | | 07 - Outros exames complementares - Tipagem Sanguínea ABO e outros exames hematológicos em | 1 | R\$ 15,00 | R\$ 15,00 |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|-----|----------|--------------|
| | | possível doador de órgãos | | | | |
| 02 - Avaliação de morte encefálica | | 01 - Avaliação clínica da morte encefálica em maior de 02 anos | 1 | R\$ | 215,00 | R\$ 215,00 |
| 03- Ações relacionadas a doação de órgãos tecidos e células | | 01 - Ações relacionadas a doação de órgãos e tecidos para transplante | 1 | R\$ | 603,06 | R\$ 603,06 |
| | | 02- Cirurgia p/ Transplante - doador vivo | 1 | R\$ | 2.123,59 | R\$ 2.123,59 |
| | | 03 - Manutenção Hemodinâmica de possível doador e taxa de sala para retirada de órgãos | 1 | R\$ | 900,00 | R\$ 900,00 |
| 03 - Ações relacionadas a doação de órgãos tecidos e células | | 04 - Ações Complementares 001-0 - Coordenação de sala cirúrgica para retirada de órgãos e tecidos | 1 | R\$ | 400,00 | R\$ 400,00 |
| | | 04 - Ações Complementares 004-5 - Diária de UTI de provável doador de órgãos | 1 | R\$ | 508,63 | R\$ 508,63 |
| | | 04 - Ações Complementares 005-3 - Entrevista familiar para doação de órgãos de doadores em morte encefálica | 1 | R\$ | 420,00 | R\$ 420,00 |
| | | 04 - Ações Complementares 006-1 - Entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado | 1 | R\$ | 420,00 | R\$ 420,00 |
| | | 04 - Ações Complementares 008-8 Captação de órgãos efetivamente transplantado | 1 | R\$ | 260,00 | R\$ 260,00 |

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

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 | R\$ 240,97 | R\$ 2.168,73 |
| | | | 03.05.01.010-7 - Hemodiálise (Máximo 3 vezes por semana) | 923 | R\$ 240,97 | R\$ 222.415,31 |
| | | | 03.05.01.011-5 - Hemodiálise em paciente com sorologia positiva para HIV e/ou Hepatite B e/ou Hepatite C ((Máximo 3 vezes por semana) | 10 | R\$ 325,98 | R\$ 3.259,80 |
| 04 - Procedimentos cirúrgicos | 18 - Cirurgias em nefrologia | 01 - Acesso para diálise | 04.18.01.003-0 - Confeção de Fístula Arterio-Venosa p/ Hemodiálise | 8 | R\$ 600,00 | R\$ 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 | R\$ 64,76 | R\$ 259,04 |
| | | | 07.02.10.009-9 - Dilatador para implante de Catéter Duplo Lumem para Hemodiálise | 4 | R\$ 64,76 | R\$ 259,04 |
| | | | 07.02.10.010-2 - Guia Metálico para introdução do Cateter Duplo Lumem | 4 | R\$ 15,41 | R\$ 61,64 |

| | | |
|--------------|-----------------------|--|
| TOTAL | 96 2 | R\$ 233.223, 56 |
|--------------|-----------------------|--|

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

INCENTIVOS

| TIPO INCENTIVO | TOTAL |
|---|-----------------------|
| Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal | R\$ 498.459,13 |
| INTEGRASUS - Recurso Federal | 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 - Recurso Federal | R\$ 52.770,24 |
| Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº 1806 de 26 de outubro de 2014) Qualificação de leitos de UTI - Recurso Federal | R\$ 114.335,52 |
| Residência Médica - Incentivo financeiro de custeio mensal (Portaria GM/MS Nº 2.322 de 23 de outubro de 2014) - Recurso Federal | R\$ 96.000,00 |
| TOTAL | R\$ 776.371,27 |

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

FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO SCORE

| DESCRIÇÃO | META |
|--|--|
| 1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS | |
| 1.1. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA) | <p>Apresentar no 1º Quadrimestre, após a celebração do Convênio de Contratualização, o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada, conforme abaixo:</p> <p>Hospitais Estruturantes: ONA nível I em 18 meses ONA nível 2 em 30 meses, ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter.</p> <p>Hospitais Estratégicos: Certificação ONA 1 em 18 meses</p> <p>Hospitais de Apoio: Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses. Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma</p> |
| 2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS | |
| 2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial | <p>A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser $\geq 95\%$ dos funcionários.</p> <p>Apresentar Plano de Educação Continuada ativo e cronograma de treinamento. É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário.</p> |

| 3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL | |
|--|--|
| 3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar | <p>Manter as seguintes Comissões em pleno funcionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comissão de Revisão de Prontuário; -Comissão de Óbitos; -Comissão de Ética Médica; -Comissão de Ética em Enfermagem; -Comissão de Farmácia e Terapêutica; -Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); -Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber; -Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS); -Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino; -Comissão de Segurança do Paciente; -Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e -Grupo Técnico de Humanização (GTH). |
| 3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente | <p>Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificação do Paciente; -Cirurgia Segura; -Prevenção de Úlcera de Pressão; -Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde; -Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos; -Prevenção de Quedas. |
| 4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO | |
| 4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada prioritariamente pela metodologia do NPS (<i>Net Promoter Score</i>). | <p>Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital.</p> <p>Atingir resposta ótimo e bom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 65\%$ - 5,0 pontos; • 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos; • $\leq 61,99$ – zero. <p>OU</p> <p>Atingir índice do NPS 65:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SIM - 5,0 pontos; • NÃO – zero. <p>OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a a ser monitorada.</p> |
| 5. ACESSO AO SISTEMA | |
| 5.1. Acesso Hospitalar | <p>Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação.</p> <p>Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil.</p> |
| 5.2. Tempo de Regulação | <p>Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas.</p> |
| 5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado | <p>Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de Regulação. (leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise)</p> |

| | |
|---|--|
| 5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada | 100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas no sistema de regulação. |
| 5.5 . Acesso aos Exames Especializada | 100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas no sistema de regulação. |
| 5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas | Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas $\leq 8\%$ Atingir percentual: <ul style="list-style-type: none"> • $\leq 8,0\%$ - 5,0 pontos; • 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos; • $\geq 10,0\%$ – zero. |
| 6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO | |
| 6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência. | - Alcançar e manter em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência). |
| 6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação. | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir \leq a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação. |
| 6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas. | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir \leq a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas. |

ANEXO C – CNES



Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 20/09/2023

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: RODRIGO FERRARI VALORY
 Cadastrado em: 21/03/2002 Atualização na base local: 15/08/2023 Última atualização Nacional: 07/09/2023
 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 |

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

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 - TELESSAUDE |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 015 - ATENCAO HEMATOLOGICA E/OU HEMOTERAPICA |

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

| Instalação | Qtde./Consultório | Leitos/Equipamentos |
|--|-------------------|---------------------|
| URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | | |
| 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 |
| AMBULATORIAL | | |
| 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 |
| HOSPITALAR | | |
| 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 |
| NECROTERIO | 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 | PROPRIO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| 130 | ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA | PROPRIO | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| 130 | ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 150 | CIRURGIA VASCULAR | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 170 | COMISSOES E COMITES | PROPRIO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 148 | HOSPITAL DIA | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 151 | MEDICINA NUCLEAR | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 151 | MEDICINA NUCLEAR | TERCEIRIZADO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 127 | SERVICO DE ATENCAO A OBESIDADE | PROPRIO | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| 112 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 116 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA | PROPRIO | NÃO | SIM | NÃO | SIM |
| 116 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 105 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA | PROPRIO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 117 | SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA | PROPRIO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO | PROPRIO | SIM | SIM | NÃO | NÃO |

| | | | | | | |
|-----|---|--------------|-----|-----|-----|-----|
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO | PROPRIO | 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 | NÃO | NÃO |
| 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 | NÃO | SIM | NÃO |
| 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 |
| 135 | SERVICO DE REABILITACAO | PROPRIO | SIM | NÃO | SIM | 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 BIOPISIAS |
| 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 - 002 | SERVICO DE FISIOTERAPIA | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS | 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 VIDEOLAPAROSCOPIA | 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 | ELETRFISIOLOGIA | 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 | 3129020 |
| 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 HORMONAIIS | SIM | 5368227 |
| 145 - 006 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO | EXAMES HORMONAIIS | 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 / NEUROCIRURGIA | NEUROCIRURGIA 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/NEUROCIRURGIA | 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 |
| 135 - 004 | SERVICO DE REABILITACAO | REABILITACAO VISUAL / MENTAL / MULTIPLAS DEFICIENCIAS | 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 / NEUROCIRURGIA | TRATAMENTO NEUROCIRURGICO DA DOR FUNCIONAL | NÃO | NAO INFORMADO |
| 105 - 003 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA | 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 |
|--|-----------|--------|-----|
| EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA | | | |
| 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 |
| EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | | | |
| 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 | 4 | 4 | SIM |
| Ultrassom Ecografo | 2 | 2 | SIM |
| EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA | | | |
| 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 |
| Equipamento de Fototerapia | 12 | 12 | SIM |
| HISTEROSCOPIO | 1 | 1 | 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 | | | |
|---|----|----|-----|
| Eletrocardiografo | 12 | 12 | SIM |
| Eletroencefalografo | 1 | 1 | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS | | | |
| Endoscopia Digestiva | 7 | 7 | SIM |
| Endoscopia das Vias Respiratorias | 1 | 1 | SIM |
| Endoscopia das Vias Urinarias | 1 | 1 | SIM |
| Laparoscopia/Vídeo | 2 | 2 | SIM |
| Microscopia Cirurgica | 1 | 1 | SIM |
| OUTROS EQUIPAMENTOS | | | |
| Equipamento de Circulacao Extracorporea | 1 | 1 | SIM |
| Equipamento para Hemodialise | 28 | 23 | SIM |
| Equipamentos de Aferese | 1 | 1 | SIM |
| Resíduos/Rejeitos | | | |
| Coleta Seletiva de Rejeito | | | |
| RESIDUOS BIOLÓGICOS | | | |
| RESIDUOS QUÍMICOS | | | |
| RESIDUOS COMUNS | | | |

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

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 |

Caracterização de serviço de diálise

| Salas Hemodiálise | Salas de Reuso | Máquinas Hemodiálise | Tratamento D'água |
|----------------------------------|--|----------------------|-------------------------|
| SERVICO DE ULTRA-SONOGRAFIA | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| SERVICO DE NEFROLOGIA PARA DPI | HECI- HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| SERVICO DE NEFROLOGIA PARA HSBG+ | HECI- HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| SERVICO DE CIRURGIA VASCULAR | HECI- HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO 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 | Confecção de máscara | Molde | Bloco pers. |
|-----------|--------------|-----------------------|----------------------|-------|-------------|
| 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 |

NÚMERO DE SALAS - QUIMIOTERAPIA

| Armazenagem | Sala de preparo | Quimio curta duração | Quimio 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 | Aglutinoscópio | 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 |
|---------------------------------------|-------------------|------------|
| COMPLEMENTAR | | |
| UTI ADULTO - TIPO II | 23 | 18 |
| UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II | 18 | 8 |

| Descrição | Leitos Existentes | Leitos SUS |
|--------------------------|-------------------|------------|
| UTI NEONATAL - TIPO II | 15 | 14 |
| UTI PEDIATRICA - TIPO II | 5 | 4 |
| ESPEC - CIRURGICO | | |
| BUCO MAXILO FACIAL | 1 | 1 |
| CARDIOLOGIA | 22 | 20 |
| CIRURGIA GERAL | 14 | 12 |
| ENDOCRINOLOGIA | 1 | 1 |
| GASTROENTEROLOGIA | 1 | 1 |
| GINECOLOGIA | 3 | 2 |
| NEFROLOGIAUROLOGIA | 1 | 1 |
| NEUROCIRURGIA | 3 | 3 |
| OFTALMOLOGIA | 1 | 1 |
| ONCOLOGIA | 25 | 23 |
| ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA | 2 | 1 |
| OTORRINOLARINGOLOGIA | 2 | 1 |
| PLASTICA | 3 | 1 |
| TORACICA | 3 | 2 |
| TRANSPLANTE | 1 | 1 |
| ESPEC - CLINICO | | |
| AIDS | 2 | 1 |

| Descrição | Leitos Existentes | Leitos SUS |
|-----------------------------------|-------------------|------------|
| CARDIOLOGIA | 17 | 15 |
| CLINICA GERAL | 14 | 13 |
| DERMATOLOGIA | 2 | 1 |
| GERIATRIA | 3 | 2 |
| HEMATOLOGIA | 3 | 2 |
| NEFROUROLOGIA | 4 | 2 |
| NEUROLOGIA | 12 | 11 |
| ONCOLOGIA | 17 | 15 |
| PNEUMOLOGIA | 2 | 1 |
| HOSPITAL DIA | | |
| AIDS | 1 | 1 |
| CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO | 3 | 2 |
| OUTRAS ESPECIALIDADES | | |
| CRONICOS | 1 | 1 |
| PEDIATRICO | | |
| PEDIATRIA CIRURGICA | 5 | 4 |
| PEDIATRIA CLINICA | 4 | 4 |

Habilitações

| Código | Descrição | Origem | Competência Inicial | Competência Final | Portaria | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|-----------|--------|---------------------|-------------------|----------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
|--------|-----------|--------|---------------------|-------------------|----------|---------------|------------|--------------------|---------------------|

| 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 INTERVENCIONISTA | 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 |
| 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 GESTAO 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 DRC COM HEMODIALISE | NACIONAL | 11/2018 | 99/9999 | PT GM 3415 | 22/10/2018 | | 26/11/2018 | 26/11/2018 |
| 1505 | ATENCAO ESPECIALIZADA EM DRC 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 |
| 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 |

| Código | Descrição | Origem | Competência Inicial | Competência Final | Portaria | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|---|----------|---------------------|-------------------|------------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
| 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 | 15/08/2023 | 07/09/2023 |
| 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: --

ASSINATURAS (2)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA

SUBSECRETARIO ESTADO QCE-01

SSEC - SESA - GOVES

assinado em 29/09/2023 17:06:02 -03:00

ELIZEU CRISOSTOMO DE VARGAS

CIDADÃO

assinado em 29/09/2023 17:05:44 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 29/09/2023 17:06:02 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)

por JOSIANE ZANDOMENEGO DE BARROS (ASSESSOR ESPECIAL NIVEL II - QCE-05 - GECORC - SESA - GOVES)

Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-FQ597T>