



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

---

**CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 007/2022**

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-9N1V3

**37º TERMO ADITIVO** AO CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 007/2022, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE ESPÍRITO SANTO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E **ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE ESPÍRITO SANTENSE - AEBES**, TENDO COMO OBJETO O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (SUS/ES).

O **ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, doravante denominado **CONCEDENTE**, órgão da Administração Direta do Poder Executivo, inscrita no CNPJ: **27.080.605/0001-96**, com sede na rua Engenheiro Guilherme José Monjardim Varejão, nº 255, Ed. Enseada Plaza, Enseada do Suá, Vitória - ES, CEP: 29050-360, no uso de suas atribuições de gestora do **FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FES**, inscrita no CNPJ: 06.893.466/0001-40, representada neste ato pelo Subsecretário de Estado de Contratação em Saúde, **HEBER DE SOUZA LAUAR**, Brasileiro, Casado, Servidor Público, CPF: **\*\*\*.979.\*\*\*-\*\***, nomeado pelo Decreto nº 178-S de 03/02/2025, e do outro a **ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE ESPÍRITO SANTENSE - AEBES**, caracterizado como hospital filantrópico, inscrita no CNPJ sob nº 28.127.926/0001-61, situada à Rua Vênus, s/n, Alecrim, Vila Velha – ES, doravante denominado(a) **CONVENIENTE**, neste ato representado por seu Representante Legal o **Sr. RODRIGO ANDRE SEIDEL**, inscrito no CPF: **\*\*\*.696.\*\*\*-\*\***, residente e domiciliado à Rua Jose de Anchieta Fontana, 27, Centro CEP: 29640-000 – ES, resolvem celebrar o presente **37º 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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

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 de dezembro de 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 Estadual nº 042-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 12.190, de 24 de julho de 2024; LOA nº 12.329, de 27 de dezembro de 2024 e demais normas e legislação aplicáveis mediante as Cláusulas e condições que se seguem:

## CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

**1.1-** O presente Termo Aditivo ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO que tem por objeto:

**(a)** Incorporação da **Portaria GM/MS Nº 7.679 de 23 de Julho de 2025** da Parcela de **Julho/2025** do piso da enfermagem e Fundamentação Jurídica da Lei 14.434/2022, **(b)** Incorporação de recurso financeiro referente à **Portaria GM/MS Nº 6.464 de 30 de Dezembro de 2024** que aprova e dispõe sobre as regras para as transferências do FNS e aos valores financeiros que se referem ao percentual de 3,5% da produção assistencial, **(c)** Acréscimo financeiro de **R\$ 3.819.345,15** (três milhões, oitocentos e dezenove mil, trezentos e quarenta e cinco reais e quinze centavos), referente aos objetos **(a)** e **(b)** 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 TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO, para todos os efeitos legais, devendo estar à disposição da Central Estadual de Regulação.

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO DA CLÁUSULA SEXTA

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

**6.1-** O valor total do presente Convênio de Contratação **passa a ser de R\$ 759.605.750,61** (setecentos e cinquenta e nove milhões, seiscentos e cinco mil, setecentos e cinquenta reais e sessenta e um centavos).

**6.1.1 -** O Recurso Financeiro aplicado ao **Convênio de Contratação** inicial foi de



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

---

**R\$ 151.643.262,01** (cento e cinquenta um milhões, seiscentos e quarenta e três mil duzentos e sessenta dois reais e um centavo).

**6.1.2** - O Recurso Financeiro aplicado ao **1º Termo Aditivo** foi de **R\$ 10.339.468,10** (dez milhões trezentos e trinta e nove mil quatrocentos e sessenta e oito reais e dez centavos).

**6.1.3** - O Recurso Financeiro aplicado ao **2º Termo Aditivo** foi de **R\$ 5.000.000,00** (cinco milhões de reais).

**6.1.4** - O Recurso Financeiro aplicado ao **3º Termo Aditivo** foi de **R\$ 5.959.989,00** (cinco milhões, novecentos e cinquenta e nove mil, oitocentos e oitenta e nove reais).

**6.1.5** - O Recurso Financeiro aplicado ao **4º Termo Aditivo** foi de **R\$ 3.113.557,03** (três milhões, cento e treze mil, quinhentos e cinquenta e sete reais e três centavos).

**6.1.6** - O Recurso Financeiro aplicado ao **5º Termo Aditivo** foi de **R\$ 909.894,43** (novecentos e nove mil, oitocentos e noventa e quatro reais e quarenta e três centavos).

**6.1.7** - O Recurso Financeiro aplicado ao **6º Termo Aditivo** foi de **R\$ 5.339.015,42** (cinco milhões, trezentos e trinta e nove mil, quinze reais e quarenta e dois centavos).

**6.1.8** - O Recurso Financeiro aplicado ao **7º Termo Aditivo** foi de **R\$ 15.730.784,83** (quinze milhões, setecentos e trinta mil e setecentos e oitenta e quatro reais e oitenta e três centavos).

**6.1.9** - O Recurso Financeiro aplicado ao **8º Termo Aditivo** foi de **R\$ 48.623.738,50** (quarenta e oito milhões, seiscentos e vinte e três mil, setecentos e trinta e oito reais e cinquenta centavos).

**6.1.10** - O Recurso Financeiro aplicado ao **9º Termo Aditivo** foi de **R\$ 2.040.308,53** (dois milhões, quarenta mil, trezentos e oito reais e cinquenta e três centavos).

**6.1.11** - O Recurso Financeiro aplicado ao **10º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.557.656,52** (um milhão, quinhentos e cinquenta e sete mil, seiscentos e cinquenta e seis reais e cinquenta e dois centavos).

**6.1.12** - O Recurso Financeiro aplicado ao **11º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.890.246,72** (um milhão oitocentos e noventa mil duzentos e quarenta e seis reais e setenta e dois centavos).

**6.1.13** - O Recurso Financeiro aplicado ao **12º Termo Aditivo** foi de **R\$ 33.585.113,35** (trinta e



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

---

três milhões quinhentos e oitenta e cinco mil cento e treze reais e trinta e cinco centavos) .

**6.1.14** - O Recurso Financeiro aplicado ao **13º Termo Aditivo** foi de **R\$ 4.241.988,16** (quatro milhões e duzentos e quarenta e um mil e novecentos e oitenta e oito reais e dezesseis centavos).

**6.1.15** - O Recurso Financeiro aplicado ao **14º Termo Aditivo** foi de **R\$ 71.863.581,45** (setenta e um milhão oitocentos e sessenta e três mil quinhentos e oitenta e um reais e quarenta e cinco centavos).

**6.1.16** - O Recurso Financeiro aplicado ao **15º Termo Aditivo** foi de **R\$ 2.099.334,65** (dois milhões noventa e nove mil trezentos e trinta e quatro reais e sessenta e cinco centavos).

**6.1.17** - O Recurso Financeiro aplicado ao **16º Termo Aditivo** foi de **R\$ 2.759.034,60** (dois milhões, setecentos e cinquenta e nove mil e trinta e quatro reais e sessenta centavos).

**6.1.18** - O Recurso Financeiro aplicado ao **17º Termo Aditivo** foi de **R\$ 2.102.301,32** (dois milhões cento e dois mil trezentos e um reais e trinta e dois centavos).

**6.1.19** - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **18º Termo Aditivo** foi de **R\$ 36.095.226,58** (trinta e seis milhões, noventa e cinco mil, duzentos e vinte e seis reais e cinquenta e oito centavos).

**6.1.20** - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **19º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.639.149,02** (um milhão, seiscentos e trinta e nove mil, cento e quarenta e nove reais e dois centavos).

**6.1.21** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **20º Termo Aditivo** foi de **R\$ 36.103.516,33** (trinta e seis milhões e cento e três mil e quinhentos e dezesseis reais e trinta e três centavos).

**6.1.22** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **21º Termo Aditivo** foi de **R\$ 9.781.888,37** (nove milhões, setecentos e oitenta e um mil, oitocentos e oitenta e oito reais e trinta e sete centavos).

**6.1.23** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **22º Termo Aditivo** foi de **R\$ 57.611.448,30** (cinquenta e sete milhões e seiscentos e onze mil e quatrocentos e quarenta e oito reais e quarenta e trinta centavos).

**6.1.24** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **23º Termo Aditivo** foi de **R\$ 13.789.976,50** (treze milhões e setecentos e oitenta e nove mil e novecentos e setenta e seis reais e cinquenta centavos).





GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

---

**6.1.24** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **24º Termo Aditivo** foi de **R\$ 761.711,40** (setecentos e sessenta e um mil setecentos e onze reais e quarenta centavos).

**6.1.25** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **25º Termo Aditivo** foi de **R\$ 45.000,00** (quarenta e cinco mil reais).

**6.1.26** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **26º Termo Aditivo** foi de **R\$ 19.725.622,30** (dezenove milhões, setecentos e vinte e cinco mil, seiscentos e vinte e dois reais e trinta centavos quatorze mil e oitocentos reais e quarenta centavos).

**6.1.27** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **27º Termo Aditivo** foi de **R\$ 107.627.798,60** (cento e sete milhões, seiscentos e vinte e sete mil setecentos e noventa e oito reais e sessenta centavos).

**6.1.28** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **28º Termo Aditivo** foi de **R\$ 3.430.998,20** (três milhões, quatrocentos e trinta mil , novecentos e noventa e oito reais e vinte centavos).

**6.1.29** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **29º Termo Aditivo** foi de **R\$ 3.528.208,92** (três milhões quinhentos e vinte e oito mil duzentos e oito reais e noventa e dois centavos).

**6.1.30** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **30º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.340.206,25** (um milhão, trezentos e quarenta mil, duzentos e seis reais e vinte e cinco centavos).

**6.1.31** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **31º Termo Aditivo** foi de **R\$ 4.530.552,55** (quatro milhões, quinhentos e trinta mil, quinhentos e cinquenta e dois reais e cinquenta e cinco centavos).

**6.1.32** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **32º Termo Aditivo** foi de **R\$ 696.838,95** (seiscentos e noventa e seis mil, oitocentos e trinta e oito reais e noventa e cinco centavos).

**6.1.33** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **33º Termo Aditivo** foi de **R\$ 39.487.944,07** (trinta e nove milhões quatrocentos e oitenta e sete mil novecentos e quarenta e quatro reais e sete centavos).

**6.1.34** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **34º Termo Aditivo** foi de **R\$ 694.336,41** (seiscentos e noventa e quatro mil e trezentos e trinta e seis reais e quarenta e um centavos).



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

---

**6.1.35** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **35º Termo Aditivo** foi de **R\$ 12.559.390,32** (doze milhões e quinhentos e cinquenta e nove mil e trezentos e noventa reais e trinta e dois centavos).

**6.1.36** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **36º Termo Aditivo** foi de **R\$ 37.537.317,77** (trinta e sete milhões quinhentos e trinta e sete mil trezentos e dezessete reais e setenta e sete centavos).

**6.1.37** – O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **37º Termo Aditivo** será de **R\$ 3.819.345,15** (três milhões, oitocentos e dezenove mil, trezentos e quarenta e cinco reais e quinze centavos).

**6.2** - O detalhamento do repasse a partir do **37º Termo Aditivo** se dará da seguinte forma:

**6.2.1** - Para a execução do **37º Termo Aditivo** ao convênio de contratualização, a CONVENIENTE receberá recursos financeiros de **R\$ 41.356.662,92** (quarenta e um milhões, trezentos e cinquenta e seis mil, seiscentos e sessenta e dois reais e noventa e dois centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.

**6.2.2**- A parcela pré-fixada importa em **R\$ 18.969.031,23** (dezoito milhões, novecentos e sessenta e nove mil, trinta e um reais e vinte e três 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 remonta **R\$ 15.132.116,69** (quinze milhões, cento e trinta e dois mil, cento e dezesseis reais e sessenta e nove centavos), é fixo e repassado mensalmente.

**6.2.4** - Trinta por cento (30%) do componente pré-fixado, que **R\$ 3.836.914,54** (três milhões, oitocentos e trinta e seis mil, novecentos e quatorze reais e cinquenta e quatro 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.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

---

**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, Consultas, Terapias, Procedimentos, APAC's, OPME's de Alta Complexidade, OPME's Não Padronizadas na Tabela SUS Capixaba, Cirurgias Eletivas Extras e Programa Melhor em Casa (Portaria Nº 825, De 25 De Abril De 2016), 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.

**6.2.8** - O componente pós-fixado, que corresponde aos Procedimentos Estratégicos – FAEC já cadastrados e Procedimentos Hospitalares em Oftalmologia, 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.

**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.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**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 CONVENIENTE, mediante a celebração de Termo Aditivo que será devidamente publicado.

**PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

| HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA - PERFIL: ESTRUTURANTE                                                 |                  |                  |                  |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| RESUMO ORÇAMENTO - 37º Termo Aditivo - AGOSTO/2025 A SETEMBRO/2025                                       |                  |                  |                  |                  |
| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL                                                                  |                  |                  |                  |                  |
| PRÉ-FIXADO 70%                                                                                           | MENSAL           | AGOSTO/2025      | SETEMBRO/2025    | TOTAL            |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                           | R\$ 1.369.610,10 | R\$ 1.369.610,10 | R\$ 1.369.610,10 | R\$ 2.739.220,20 |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>                                         | R\$ 562.004,80   | R\$ 562.004,80   | R\$ 562.004,80   | R\$ 1.124.009,60 |
| URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OFTALMOLÓGICA - <b>Recurso Estadual</b>                                            | R\$ 216.220,90   | R\$ 216.220,90   | R\$ 216.220,90   | R\$ 432.441,80   |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>                            | R\$ 2.328.564,49 | R\$ 2.328.564,49 | R\$ 2.328.564,49 | R\$ 4.657.128,98 |
| Programa Melhor em Casa - (PORTARIA GM/MS Nº 3.005, DE 2 DE JANEIRO DE 2024) - <b>Recurso Estadual</b>   | R\$ 130.000,00   | R\$ 130.000,00   | R\$ 130.000,00   | R\$ 260.000,00   |
| INTEGRASUS (Portaria Nº 878 GM/MS de 08/05/02 e Portaria Nº 1931 de 10/08/2007) - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 16.259,43    | R\$ 16.259,43    | R\$ 16.259,43    | R\$ 32.518,86    |
| Incentivo de Adesão à Contratualização - IAC - <b>Recurso Federal</b>                                    | R\$ 421.030,21   | R\$ 421.030,21   | R\$ 421.030,21   | R\$ 842.060,42   |
| Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº 3.162 de 28 de dezembro de 2012) - <b>Recurso Federal</b>      | R\$ 300.000,00   | R\$ 300.000,00   | R\$ 300.000,00   | R\$ 600.000,00   |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

|                                                                                                                                                       |                         |                          |                         |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Rede de Atenção às Urgências<br>(Portaria Nº3.162 de 28 de dezembro<br>de 2012) Qualificação de leitos de<br>UTI - 21 leitos - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 184.695,84          | R\$ 184.695,84           | R\$ 184.695,84          | R\$ 369.391,68           |
| Incentivo financeiro de custeio<br>mensal - Residência Médica<br>(Portaria GM/MS Nº 2.322 de 23 de<br>outubro de 2014) - <b>Recurso Federal</b>       | R\$ 128.000,00          | R\$ 128.000,00           | R\$ 128.000,00          | R\$ 256.000,00           |
| Portaria GM/MS Nº 6.464 de 30 de<br>Dezembro de 2024 -3,5% dos valores<br>financeiros da produção assistencial -<br><b>Recurso Federal</b>            | R\$ 0,00                | R\$ 3.112.993,71         | R\$ 0,00                | R\$ 3.112.993,71         |
| Portaria GM/MS 7.679 de 23 de<br>JULHO 2025 – Piso de enfermagem<br>-PARCELA JULHO/2025- Recurso<br>Federal                                           | R\$ 0,00                | R\$ 706.351,44           | R\$ 0,00                | R\$ 706.351,44           |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>                                                                                                                    | <b>R\$ 2.277.835,80</b> | <b>R\$ 2.277.835,80</b>  | <b>R\$ 2.277.835,80</b> | <b>R\$ 4.555.671,60</b>  |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>                                                                                                                     | <b>R\$ 3.378.549,97</b> | <b>R\$ 7.197.895,12</b>  | <b>R\$ 3.378.549,97</b> | <b>R\$ 10.576.445,09</b> |
| <b>TOTAL DO RECURSO<br/>ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                                                        | <b>R\$ 5.656.385,77</b> | <b>R\$ 9.475.730,92</b>  | <b>R\$ 5.656.385,77</b> | <b>R\$ 15.132.116,69</b> |
| <b>PRÉ-FIXADO 30%</b>                                                                                                                                 | <b>MENSAL</b>           | <b>AGOSTO/2025</b>       | <b>SETEMBRO/2025</b>    | <b>TOTAL</b>             |
| LEITOS - Habilitação, qualificação<br>e disponibilidade - <b>Recurso<br/>Estadual</b>                                                                 | R\$ 586.975,76          | R\$ 586.975,76           | R\$ 586.975,76          | R\$ 1.173.951,52         |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto<br>Socorro - <b>Recurso Estadual</b>                                                                                  | R\$ 240.859,20          | R\$ 240.859,20           | R\$ 240.859,20          | R\$ 481.718,40           |
| URGÊNCIA e EMERGÊNCIA<br>OFTALMOLÓGICA - <b>Recurso<br/>Estadual</b>                                                                                  | R\$ 92.666,10           | R\$ 92.666,10            | R\$ 92.666,10           | R\$ 185.332,20           |
| LEITOS - Habilitação, qualificação<br>e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>                                                                      | R\$ 997.956,21          | R\$ 997.956,21           | R\$ 997.956,21          | R\$ 1.995.912,42         |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>                                                                                                                    | <b>R\$ 920.501,06</b>   | <b>R\$ 920.501,06</b>    | <b>R\$ 920.501,06</b>   | <b>R\$ 1.841.002,12</b>  |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>                                                                                                                     | <b>R\$ 997.956,21</b>   | <b>R\$ 997.956,21</b>    | <b>R\$ 997.956,21</b>   | <b>R\$ 1.995.912,42</b>  |
| <b>TOTAL DO RECURSO<br/>ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                                                        | <b>R\$ 1.918.457,27</b> | <b>R\$ 1.918.457,27</b>  | <b>R\$ 1.918.457,27</b> | <b>R\$ 3.836.914,54</b>  |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO -<br/>ESTADUAL</b>                                                                                                                | <b>R\$ 3.198.336,86</b> | <b>R\$ 3.198.336,86</b>  | <b>R\$ 3.198.336,86</b> | <b>R\$ 6.396.673,72</b>  |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO -<br/>FEDERAL</b>                                                                                                                 | <b>R\$ 4.376.506,18</b> | <b>R\$ 8.195.851,33</b>  | <b>R\$ 4.376.506,18</b> | <b>R\$ 12.572.357,51</b> |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO -<br/>ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                                                      | <b>R\$ 7.574.843,04</b> | <b>R\$ 11.394.188,19</b> | <b>R\$ 7.574.843,04</b> | <b>R\$ 18.969.031,23</b> |
| <b>COMPONENTE PÓS-FIXADO</b>                                                                                                                          | <b>MENSAL</b>           | <b>AGOSTO/2025</b>       | <b>SETEMBRO/2025</b>    | <b>TOTAL</b>             |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

|                                                                                                        |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Consultas - <b>Recurso Estadual</b>                                                                    | R\$ 1.283.140,00         | R\$ 1.283.140,00         | R\$ 1.283.140,00         | R\$ 2.566.280,00         |
| Exames - <b>Recurso Estadual</b>                                                                       | R\$ 252.845,45           | R\$ 252.845,45           | R\$ 252.845,45           | R\$ 505.690,90           |
| Procedimentos de Oftalmologia - (Portaria Nº 126, de 23 de Novembro de 2023) - <b>Recurso Estadual</b> | R\$ 881.496,25           | R\$ 881.496,25           | R\$ 881.496,25           | R\$ 1.762.992,50         |
| Programa Melhor em Casa (Portaria Nº 825, De 25 De Abril De 2016)- <b>Recurso Estadual</b>             | R\$ 260.000,00           | R\$ 260.000,00           | R\$ 260.000,00           | R\$ 520.000,00           |
| Cirurgias Eletivas - Portaria nº 6.636 de 19 de Fevereiro de 2025 - <b>Recurso Federal</b>             | R\$ 750.140,54           | R\$ 750.140,54           | R\$ 750.140,54           | R\$ 1.500.281,08         |
| OPME's Não padronizadas na tabela SUS (Portaria 061-R/2023) - <b>Recurso Estadual</b>                  | R\$ 336.569,96           | R\$ 336.569,96           | R\$ 336.569,96           | R\$ 673.139,92           |
| OPME's Padronizada - <b>Recurso Federal</b>                                                            | R\$ 493.619,53           | R\$ 493.619,53           | R\$ 493.619,53           | R\$ 987.239,06           |
| Procedimentos de Média e Alta Complexidade - <b>Recurso Federal</b>                                    | R\$ 3.230.740,53         | R\$ 3.230.740,53         | R\$ 3.230.740,53         | R\$ 6.461.481,06         |
| Procedimentos Hospitalares de Média e Alta complexidade em Oftalmologia - <b>Recurso Federal</b>       | R\$ 489.823,58           | R\$ 489.823,58           | R\$ 489.823,58           | R\$ 979.647,16           |
| FAEC Ambulatorial- <b>Recurso Federal</b>                                                              | R\$ 635.608,66           | R\$ 635.608,66           | R\$ 635.608,66           | R\$ 1.271.217,32         |
| FAEC Hospitalar- <b>Recurso Federal</b>                                                                | R\$ 1.970.501,78         | R\$ 1.970.501,78         | R\$ 1.970.501,78         | R\$ 3.941.003,55         |
| FAEC – TRS- <b>Recurso Federal</b>                                                                     | R\$ 609.329,57           | R\$ 609.329,57           | R\$ 609.329,57           | R\$ 1.218.659,14         |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL</b>                                                                       | <b>R\$ 3.014.051,66</b>  | <b>R\$ 3.014.051,66</b>  | <b>R\$ 3.014.051,66</b>  | <b>R\$ 6.028.103,32</b>  |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL</b>                                                                        | <b>R\$ 8.179.764,19</b>  | <b>R\$ 8.179.764,19</b>  | <b>R\$ 8.179.764,19</b>  | <b>R\$ 16.359.528,37</b> |
| <b>TOTAL RECURSO ESTADUAL (PRÉ + PÓS)</b>                                                              | <b>R\$ 6.212.388,52</b>  | <b>R\$ 6.212.388,52</b>  | <b>R\$ 6.212.388,52</b>  | <b>R\$ 12.424.777,04</b> |
| <b>TOTAL RECURSO FEDERAL (PRÉ + PÓS)</b>                                                               | <b>R\$ 12.556.270,37</b> | <b>R\$ 16.375.615,52</b> | <b>R\$ 12.556.270,37</b> | <b>R\$ 28.931.885,88</b> |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                           | <b>R\$ 11.193.815,84</b> | <b>R\$ 11.193.815,84</b> | <b>R\$ 11.193.815,84</b> | <b>R\$ 22.387.631,69</b> |
| <b>TOTAL DO CONVÊNIO</b>                                                                               | <b>R\$ 18.768.658,88</b> | <b>R\$ 22.588.004,03</b> | <b>R\$ 18.768.658,88</b> | <b>R\$ 41.356.662,92</b> |
| <b>VALOR DO TERMO ADITIVO</b>                                                                          |                          |                          |                          | <b>R\$ 3.819.345,15</b>  |

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

---

E, por estarem, assim, justos e acordados, os partícipes firmam o presente instrumento, para os devidos efeitos legais.

**CLÁUSULA QUARTA – DO FORO**

**4.1-** Fica eleito o foro do Juízo de Vitória - Comarca da capital do Estado do Espírito Santo, com renúncia expressa a outros, por mais privilegiados que forem, para dirimir dúvidas decorrentes do presente instrumento, que não puderem ser resolvidas administrativamente;

**4.2-** Antes de qualquer providência jurisdicional visando solucionar dúvida quanto à interpretação do presente instrumento, deverão os partícipes buscar solução administrativa, com a participação da Procuradoria Geral do Estado, por intermédio de um ou mais meios de solução consensual de conflitos previstos na Lei Complementar Estadual nº 1.011/2022.

Vitória/ES, de julho de 2025.

**CONCEDENTE:**

---

**HEBER DE SOUZA LAUAR**

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde

**CONVENENTE:**

---

**RODRIGO ANDRÉ SEIDEL**

Associação Evangélica Beneficente Espírito Santense - AEBES





GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

## DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **37º Termo Aditivo ao Convênio nº. 007/2022** 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 **37º Termo Aditivo ao Convênio nº. 007/2022** correrá à conta do orçamento do Fundo Estadual de Saúde da CONCEDENTE conforme especificado abaixo:

Programa de Trabalho 10.302.0061.2325 e/ou 10.122.0061.2070 - Contratualização de Serviços de Saúde Complementar e/ou 10.122. 0047. 2070 - ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE

UG: 440901

Gestão: 44901

Natureza de Despesa: 3.3.50.43.00

Fonte de Recursos: 1500100200 e/ou 1600000000 e/ou e/ou 1605000000 e/ou 2600312000 e/ou 26000000004 e/ou 2659000013 e/ou 2659000016 e/ou 2500100204 e/ou 2600311000 e/ou 2600312000 e /ou 26000000004 e/ou 1600311000 e/ou 1605000000 e/ou 1600312000 e/ou 2605000000 e/ou 2501000000.

Vitória/ES, de agosto de 2025.

**HEBER DE SOUZA LAUAR**

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde

**ANEXO I**

**DOCUMENTO DESCRITIVO - DODE  
HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA**

**CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 007/2022 – 37º TERMO ADITIVO**  
**PROCESSO E-DOCS: 2022-9N1V3**  
**PERÍODO DE VIGÊNCIA: 08/2025 A 09/2025**

## **ESTRUTURA ADMINISTRATIVA**

Rodrigo André Seidel

**PRESIDENTE da AEBES**

Vera Mantelmacher

**Diretoria de Operações da AEBES**

Dr<sup>a</sup>. Gláucia Gleine Souza Ferraz

**Diretoria Técnica HEVV**

Melina Ferreira Ferrari

**Diretoria Geral HEVV**

## SUMÁRIO

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| I – IDENTIFICAÇÃO.....                                                  | 04 |
| II – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL.....                              | 05 |
| III – CNES .....                                                        | 05 |
| IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS .....                                         | 06 |
| V – PERFIL ASSISTENCIAL.....                                            | 06 |
| VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS .....                        | 06 |
| VII – ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS .....                             | 08 |
| VIII – METAS ASSISTENCIAIS .....                                        | 08 |
| IX – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE NIVEL<br>AMBULATORIAL..... | 09 |
| X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO.....                                 | 12 |
| XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS.                   | 16 |
| APROVAÇÃO .....                                                         | 19 |
| ANEXOS .....                                                            | 20 |

## I - IDENTIFICAÇÃO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                            |                    |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--------------------|------------|
| <b>Conveniente</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                            | <b>CNPJ</b>        |            |
| Associação Evangélica Beneficente Espírito Santense                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                            | 28.127.926/0001-61 |            |
| <b>Endereço</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     | <b>Município</b>           | <b>UF</b>          | <b>CEP</b> |
| Rua Vênus s/n                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     | Vila Velha                 | ES                 | 29.118-060 |
| <b>Macrorregião</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Microrregião</b>                 | <b>SRS</b>                 | <b>CNES</b>        |            |
| Centro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Vila Velha/ Venda Nova do Imigrante | Vitória                    | 2494442            |            |
| <b>Telefone</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Fax</b>                          | <b>E-mail</b>              |                    |            |
| 2121-3731                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2121-3759                           | vera.m@aebes.org.br        |                    |            |
| <b>Nome do Responsável</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                            |                    |            |
| Rodrigo André Seidel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                            |                    |            |
| <b>CPF</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Função</b>                       | <b>Período de vigência</b> |                    |            |
| ***.696.***-**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Presidente                          |                            |                    |            |
| <b>CI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Órgão expedidor</b>              |                            |                    |            |
| 1.***.766.***                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SSP-ES                              | 08/2025 A 09/2025          |                    |            |
| Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                            |                    |            |
| <b>Banco</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Agência</b>                      | <b>Conta Corrente</b>      | <b>Praça</b>       |            |
| Banestes (Custeio)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0084                                | 35.250.174                 | Esplanada          |            |
| Banestes (Piso Enfermagem)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 0084                                | 37.432.978                 | Esplanada          |            |
| <b>Missão</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                            |                    |            |
| Expressar a valorização da vida, atuando em serviços de saúde com equidade, qualidade e segurança                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                            |                    |            |
| <b>Visão</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                            |                    |            |
| Ser um hospital de excelência em saúde, sob orientação cristã.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                            |                    |            |
| <b>Valores</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                            |                    |            |
| Gestão participativa; Foco no cliente; Soluções efetivas; Transparência; Sustentabilidade; Valorização das pessoas, Equipes harmonizadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                            |                    |            |
| <b>Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                            |                    |            |
| <p>O HEVV é um hospital com 184 leitos/SUS, é referência em alta Complexidade de Neurocirurgia, Ortopedia, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Bariátrica, Terapia Renal Substitutiva, Oftalmologia e Transplante de Rim, Córnea e Coração. Para a microrregião Vila Velha/ Venda Nova do Imigrante é referência no serviço de oncologia e para a Macrorregião Centro no atendimento a Urgência e Emergência Cardiovascular dispondo de um Centro de Referência Cardiovascular.</p> <p>Em 2022, 93% dos procedimentos entre consultas, exames, cirurgias e internações foram realizadas ao convênio SUS.</p> |                                     |                            |                    |            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O HEVV foi o primeiro hospital a participar do projeto piloto de Regulação de Urgência e integra o Comitê de Urgência e Emergência da SESA e o primeiro filantrópico no ES a ser certificado pela ONA nível III em excelência em saúde. Em processo de habilitação como Hospital de Ensino. |
| <b>Área de Abrangência</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| O Hospital Evangélico de Vila Velha atende pacientes do Estado do Estado do Espírito Santo, polariza atendimento do município de Vila Velha e dos municípios que referenciam para este, na Programação Pactuada e Integrada do Estado do Espírito Santo.                                    |
| <b>Estrutura Tecnológica e Capacidade Instalada:</b>                                                                                                                                                                                                                                        |
| Conforme registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e nos formulários informados para Censo Hospitalar.                                                                                                                                                             |

## II - CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

|                                              |                                                                                   |                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tipo de Estabelecimento</b>               | <input checked="" type="checkbox"/> Geral                                         | <input type="checkbox"/> Especializado                                                                                                             |
| <b>Natureza</b>                              | <input type="checkbox"/> Público <input checked="" type="checkbox"/> Filantrópico | <input type="checkbox"/> Privado                                                                                                                   |
| <b>Número de Leitos</b>                      | Geral: 201                                                                        | SUS: 184                                                                                                                                           |
| <b>Serviço de Urgência e Emergência</b>      | <input checked="" type="checkbox"/> Sim<br>10 Leitos Sala vermelha                | <input type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Porta Aberta<br><input checked="" type="checkbox"/> Referenciado                          |
| <b>Serviço de Maternidade</b>                | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não              | Se sim, habilitado em GAR<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                             |
| <b>Habilitação em Alta Complexidade</b>      | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não              | Quais:<br>cardiovascular,<br>neurocirurgia,<br>ortopedia, bariátrica,<br>oftalmologia,<br>oncologia, transplante,<br>terapia renal<br>substitutiva |
| <b>Número de Leitos de UTI Tipo II</b>       | (24) Adulto <input type="checkbox"/> Pediátrico                                   | <input type="checkbox"/> Neonatal (20) UCO                                                                                                         |
| <b>Número de Leitos de UTI Tipo III</b>      | <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Pediátrico               | <input type="checkbox"/> Neonatal <input type="checkbox"/> UCO                                                                                     |
| <b>Inserção nas Redes Temáticas de Saúde</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não              | Se sim, quais?<br>Rede Urgência e Emergência<br>Cardiológica                                                                                       |

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

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

### **IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS**

Este Documento Descritivo foi elaborado com o objetivo de formalizar a parceria para realização de serviços, ações e atividades de saúde no âmbito da Portaria MS 3410/2013 em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS/ES e, a Política Estadual de Contratualização definida pela Portaria Estadual 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 Inter gestores 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 leito                        | Nº leitos  |
|--------------------------------------|------------|
| Clínica Médica – Enfermaria Adulto   | 68         |
| Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto | 72         |
| UTI Adulto                           | 24         |
| UTI Coronariano (UCO)                | 20         |
| <b>TOTAL</b>                         | <b>184</b> |

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 | <b>10</b> |

## 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, consequentemente, 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

#### CONSULTAS

| CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA – Port. 166-R, de 25 de novembro de 2024. |                                                  |                                          |               |                             |                                                       |                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Código do Procedimento<br>03.01.01.00-72 - Ambulatório<br>Especializado            |                                                  | VALOR MENSAL AGOSTO/2025 A SETEMBRO/2025 |               |                             |                                                       |                                                    |
|                                                                                    |                                                  | Oferta Mensal Contratual                 | Quant. 1º Vez | Quant. autogestão (retorno) | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Unitário | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Total |
| 1                                                                                  | Consulta em cardiologia adulto alta complexidade | 1.158                                    | 116           | 1.042                       | R\$ 40,00                                             | R\$ 46.320,00                                      |
| 2                                                                                  | Oftalmologia - cardiologia risco cirúrgico       | 765                                      | 0             | 765                         | R\$ 40,00                                             | R\$ 30.600,00                                      |
| 3                                                                                  | Consulta anestesiologia adulto                   | 388                                      | 0             | 388                         | R\$ 40,00                                             | R\$ 15.520,00                                      |
| 4                                                                                  | Consulta em cirurgia bariátrica                  | 220                                      | 99            | 121                         | R\$ 40,00                                             | R\$ 8.800,00                                       |

|    |                                                           |       |       |     |           |                |
|----|-----------------------------------------------------------|-------|-------|-----|-----------|----------------|
| 5  | Consulta em cirurgia cardíaca adulto metropolitana        | 200   | 50    | 150 | R\$ 40,00 | R\$ 8.000,00   |
| 6  | Consulta em cirurgia da cabeça e pescoço adulto           | 320   | 96    | 224 | R\$ 40,00 | R\$ 12.800,00  |
| 7  | Consulta em cirurgia da cabeça e pescoço oncologia adulto | 30    | 9     | 21  | R\$ 40,00 | R\$ 1.200,00   |
| 8  | Consulta em cirurgia geral adulto                         | 400   | 60    | 340 | R\$ 40,00 | R\$ 16.000,00  |
| 9  | Consulta em cirurgia oncológica                           | 200   | 60    | 140 | R\$ 40,00 | R\$ 8.000,00   |
| 10 | Consulta em cirurgia plástica oncológica                  | 208   | 42    | 166 | R\$ 40,00 | R\$ 8.320,00   |
| 11 | Consulta em cirurgia torácica adulto                      | 65    | 8     | 57  | R\$ 40,00 | R\$ 2.600,00   |
| 12 | Consulta em cirurgia torácica oncologia adulto            | 63    | 7     | 56  | R\$ 40,00 | R\$ 2.520,00   |
| 13 | Consulta em cirurgia urológica adulto                     | 324   | 0     | 324 | R\$ 40,00 | R\$ 12.960,00  |
| 14 | Consulta em urologia oncológica                           | 140   | 40    | 100 | R\$ 40,00 | R\$ 5.600,00   |
| 15 | Consulta em cirurgia vascular adulto                      | 440   | 57    | 383 | R\$ 40,00 | R\$ 17.600,00  |
| 16 | Consulta em gastroenterologia                             | 88    | 50    | 38  | R\$ 40,00 | R\$ 3.520,00   |
| 17 | Consulta em hematologia oncológica                        | 200   | 20    | 180 | R\$ 40,00 | R\$ 8.000,00   |
| 18 | Consulta em hepatologia adulto metropolitana              | 140   | 59    | 81  | R\$ 40,00 | R\$ 5.600,00   |
| 19 | Consulta em mastologia oncológica                         | 150   | 60    | 90  | R\$ 40,00 | R\$ 6.000,00   |
| 20 | Consulta em mastologia geral                              | 38    | 38    | 0   | R\$ 40,00 | R\$ 1.520,00   |
| 21 | Consulta em nefrologia adulto alta complexidade           | 310   | 21    | 289 | R\$ 40,00 | R\$ 12.400,00  |
| 22 | Consulta em neurocirurgia adulto                          | 50    | 22    | 28  | R\$ 40,00 | R\$ 2.000,00   |
| 23 | Consulta em neurocirurgia oncológica adulto               | 18    | 8     | 10  | R\$ 40,00 | R\$ 720,00     |
| 24 | Consulta em oftalmologia                                  | 3.144 | 2.844 | 300 | R\$ 40,00 | R\$ 125.760,00 |

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |               |              |               |           |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------|--------------|---------------|-----------|-----------------------|
|                                                                                                                                                                                                                      | adulto                                                  |               |              |               |           |                       |
| 25                                                                                                                                                                                                                   | Consulta em oftalmologia catarata                       | 3.500         | 1.050        | 2.450         | R\$ 40,00 | R\$ 140.000,00        |
| 26                                                                                                                                                                                                                   | Consulta em oftalmologia córnea                         | 556           | 30           | 526           | R\$ 40,00 | R\$ 22.240,00         |
| 27                                                                                                                                                                                                                   | Consulta em oftalmologia estrabismo cirúrgico           | 5             | 0            | 5             | R\$ 40,00 | R\$ 200,00            |
| 28                                                                                                                                                                                                                   | Consulta acompanhamento em oftalmologia glaucoma adulto | 1130          | 0            | 1.130         | R\$ 40,00 | R\$ 45.200,00         |
| 29                                                                                                                                                                                                                   | Consulta em oftalmologia glaucoma cirúrgico             | 260           | 26           | 234           | R\$ 40,00 | R\$ 10.400,00         |
| 30                                                                                                                                                                                                                   | Consulta em oftalmologia injeção intra vítrea           | 735           | 120          | 615           | R\$ 40,00 | R\$ 29.400,00         |
| 31                                                                                                                                                                                                                   | Consulta em oftalmologia plástica ocular                | 40            | 0            | 40            | R\$ 40,00 | R\$ 1.600,00          |
| 32                                                                                                                                                                                                                   | Consulta em oftalmologia pterígio                       | 850           | 200          | 650           | R\$ 40,00 | R\$ 34.000,00         |
| 33                                                                                                                                                                                                                   | Consulta em oftalmologia retina cirúrgica               | 930           | 120          | 810           | R\$ 40,00 | R\$ 37.200,00         |
| 34                                                                                                                                                                                                                   | Consulta em oftalmologia retina                         | 386           | 128          | 258           | R\$ 40,00 | R\$ 15.440,00         |
| 35                                                                                                                                                                                                                   | Consulta em oncologia                                   | 650           | 0            | 650           | R\$ 40,00 | R\$ 26.000,00         |
| 36                                                                                                                                                                                                                   | Consulta em pneumologia adulto                          | 14            | 0            | 14            | R\$ 40,00 | R\$ 560,00            |
| 37                                                                                                                                                                                                                   | Consulta em proctologia adulto                          | 4             | 0            | 4             | R\$ 40,00 | R\$ 160,00            |
| 38                                                                                                                                                                                                                   | Consulta endocrinologia e metabologia                   | 40            | 0            | 40            | R\$ 40,00 | R\$ 1.600,00          |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                                                                                         |                                                         | <b>18.159</b> | <b>5.440</b> | <b>12.719</b> |           | <b>R\$ 726.360,00</b> |
| <b>Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.</b>                                                            |                                                         |               |              |               |           |                       |
| <b>OBS: Item 26 alterado conforme solicitação por ofício AEBES nº 066/2024 e foram retirados os itens 39 e 40, que foram inseridos por equívoco consultas para os procedimentos hospitalares a partir do 15º TA.</b> |                                                         |               |              |               |           |                       |
| <b>Obs. A OFERTA DE AMPLIAÇÃO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA À GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - (GRAE) À PARTIR DE 01/01/2025.</b>                                          |                                                         |               |              |               |           |                       |

**9.2 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO**

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

| <b>Tipo de exame</b>                                   | <b>Agosto/2025 A<br/>Set/2025</b> |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Coleta de material                                     | 74                                |
| Diagnóstico em laboratório clínico                     | 7.250                             |
| Diagnóstico por anatomia patológica e<br>Citopatologia | 402                               |
| Diagnóstico por radiologia                             | 346                               |
| Diagnóstico por ultrassonografia                       | 1.751                             |
| Diagnóstico por endoscopia                             | 293                               |
| Métodos diagnósticos em especialidades                 | 33.235                            |

**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 CONVENIENTE 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. Eficiência no uso do leito
4. Segurança assistencial
5. Experiência dos usuários
6. Acesso ao sistema

## 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 conveniente, 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 |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------|
| $\geq 95$ a $< 100$  | 0%                                                                   |
| $\geq 92$ a $< 95$   | 5%                                                                   |
| $\geq 90$ a $< 92$   | 10%                                                                  |
| $\geq 88$ a $< 90$   | 15%                                                                  |
| $\geq 85$ a $< 88$   | 20%                                                                  |
| $\geq 82$ a $< 85$   | 25%                                                                  |
| $\geq 80$ a $< 82$   | 30%                                                                  |
| $\geq 78$ a $< 80$   | 40%                                                                  |
| $\geq 76$ a $< 78$   | 50%                                                                  |
| $\geq 74$ a $< 76$   | 60%                                                                  |
| $\geq 72$ a $< 74$   | 70%                                                                  |
| $\geq 70$ 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 MAXIMO |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS</b>                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>5,0</b>   |
| 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><b>Hospitais Estruturantes:</b><br/>ONA nível I em 18 meses<br/>ONA nível 2 em 30 meses,<br/>ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter.</p> <p><b>Hospitais Estratégicos:</b><br/>Certificação ONA 1 em 18 meses</p> <p><b>Hospitais de Apoio:</b><br/>Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses.<br/>Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma</p> | 5,0          |
| <b>2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS</b>                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>5,0</b>   |
| 2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial | <p>A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser ≥95% dos funcionários.</p> <p>Apresentar Plano de Educação Continuada ativo e cronograma de treinamento.<br/>É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 5,0          |
| <b>3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>15,0</b>  |
| 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"> <li>-Comissão de Revisão de Prontuário;</li> <li>-Comissão de Óbitos;</li> <li>-Comissão de Ética Médica;</li> <li>-Comissão de Ética em Enfermagem;</li> <li>-Comissão de Farmácia e Terapêutica;</li> <li>-Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);</li> <li>-Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber;</li> <li>-Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);</li> <li>-Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de</li> </ul>                                      | 10,0         |



|                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|                                                                                                                           | <p>ensino;</p> <p>-Comissão de Segurança do Paciente;</p> <p>-Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e</p> <p>-Grupo Técnico de Humanização (GTH).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |
| 3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente                                                                           | <p>Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente:</p> <p>-Identificação do Paciente;</p> <p>-Cirurgia Segura;</p> <p>-Prevenção de Úlcera de Pressão;</p> <p>-Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde;</p> <p>-Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos;</p> <p>-Prevenção de Quedas.</p>                                                                                                                                                          | 5,0         |
| <b>4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO</b>                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>5,0</b>  |
| 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"> <li>• <math>\geq 65\%</math> - 5,0 pontos;</li> <li>• 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos;</li> <li>• <math>\leq 61,99</math> – zero.</li> </ul> <p>OU</p> <p>Atingir índice do NPS 65:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SIM - 5,0 pontos;</li> <li>• NÃO – zero.</li> </ul> <p>OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a a ser monitorada.</p> | 5,0         |
| <b>5. ACESSO AO SISTEMA</b>                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>45,0</b> |
| 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>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 5,0         |
| 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 $\leq 8\%$<br><br>Atingir percentual:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\leq 8,0\%</math> - 5,0 pontos;</li> <li>• 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos;</li> <li>• <math>\geq 10,0\%</math> – zero.</li> </ul> | 5,0          |
| <b>6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO</b>                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>25,0</b>  |
| 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 <b>50%</b> 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          |
| <b>TOTAL</b>                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>100,0</b> |

## XI– PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

| HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA - PERFIL: ESTRUTURANTE                       |                  |                  |                  |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| RESUMO ORÇAMENTO - 37º Termo Aditivo - AGOSTO/2025 A SETEMBRO/2025             |                  |                  |                  |                  |
| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL                                        |                  |                  |                  |                  |
| PRÉ-FIXADO 70%                                                                 | MENSAL           | AGOSTO/2025      | SETEMBRO/2025    | TOTAL            |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b> | R\$ 1.369.610,10 | R\$ 1.369.610,10 | R\$ 1.369.610,10 | R\$ 2.739.220,20 |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>               | R\$ 562.004,80   | R\$ 562.004,80   | R\$ 562.004,80   | R\$ 1.124.009,60 |
| URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OFTALMOLÓGICA - <b>Recurso Estadual</b>                  | R\$ 216.220,90   | R\$ 216.220,90   | R\$ 216.220,90   | R\$ 432.441,80   |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>  | R\$ 2.328.564,49 | R\$ 2.328.564,49 | R\$ 2.328.564,49 | R\$ 4.657.128,98 |

|                                                                                                                                              |                         |                         |                         |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Programa Melhor em Casa - (PORTARIA GM/MS Nº 3.005, DE 2 DE JANEIRO DE 2024) - <b>Recurso Estadual</b>                                       | R\$ 130.000,00          | R\$ 130.000,00          | R\$ 130.000,00          | R\$ 260.000,00           |
| INTEGRASUS (Portaria Nº 878 GM/MS de 08/05/02 e Portaria Nº 1931 de 10/08/2007) - <b>Recurso Federal</b>                                     | R\$ 16.259,43           | R\$ 16.259,43           | R\$ 16.259,43           | R\$ 32.518,86            |
| Incentivo de Adesão à Contratualização - IAC - <b>Recurso Federal</b>                                                                        | R\$ 421.030,21          | R\$ 421.030,21          | R\$ 421.030,21          | R\$ 842.060,42           |
| Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº 3.162 de 28 de dezembro de 2012) - <b>Recurso Federal</b>                                          | R\$ 300.000,00          | R\$ 300.000,00          | R\$ 300.000,00          | R\$ 600.000,00           |
| Rede de Atenção às Urgências (Portaria Nº3.162 de 28 de dezembro de 2012) Qualificação de leitos de UTI - 21 leitos - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 184.695,84          | R\$ 184.695,84          | R\$ 184.695,84          | R\$ 369.391,68           |
| Incentivo financeiro de custeio mensal - Residência Médica (Portaria GM/MS Nº 2.322 de 23 de outubro de 2014) - <b>Recurso Federal</b>       | R\$ 128.000,00          | R\$ 128.000,00          | R\$ 128.000,00          | R\$ 256.000,00           |
| Portaria GM/MS Nº 6.464 de 30 de Dezembro de 2024 -3,5% dos valores financeiros da produção assistencial - <b>Recurso Federal</b>            | R\$ 0,00                | R\$ 3.112.993,71        | R\$ 0,00                | R\$ 3.112.993,71         |
| Portaria GM/MS 7.679 de 23 de JULHO 2025 – Piso de enfermagem -PARCELA JULHO/2025- <b>Recurso Federal</b>                                    | R\$ 0,00                | R\$ 706.351,44          | R\$ 0,00                | R\$ 706.351,44           |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>                                                                                                           | <b>R\$ 2.277.835,80</b> | <b>R\$ 2.277.835,80</b> | <b>R\$ 2.277.835,80</b> | <b>R\$ 4.555.671,60</b>  |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>                                                                                                            | <b>R\$ 3.378.549,97</b> | <b>R\$ 7.197.895,12</b> | <b>R\$ 3.378.549,97</b> | <b>R\$ 10.576.445,09</b> |
| <b>TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                                                   | <b>R\$ 5.656.385,77</b> | <b>R\$ 9.475.730,92</b> | <b>R\$ 5.656.385,77</b> | <b>R\$ 15.132.116,69</b> |
| <b>PRÉ-FIXADO 30%</b>                                                                                                                        | <b>MENSAL</b>           | <b>AGOSTO/2025</b>      | <b>SETEMBRO/2025</b>    | <b>TOTAL</b>             |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                                                               | R\$ 586.975,76          | R\$ 586.975,76          | R\$ 586.975,76          | R\$ 1.173.951,52         |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro - <b>Recurso Estadual</b>                                                                            | R\$ 240.859,20          | R\$ 240.859,20          | R\$ 240.859,20          | R\$ 481.718,40           |
| URGÊNCIA e EMERGÊNCIA OFTALMOLOGICA - <b>Recurso Estadual</b>                                                                                | R\$ 92.666,10           | R\$ 92.666,10           | R\$ 92.666,10           | R\$ 185.332,20           |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>                                                                | R\$ 997.956,21          | R\$ 997.956,21          | R\$ 997.956,21          | R\$ 1.995.912,42         |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>                                                                                                           | <b>R\$ 920.501,06</b>   | <b>R\$ 920.501,06</b>   | <b>R\$ 920.501,06</b>   | <b>R\$ 1.841.002,12</b>  |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>                                                                                                            | <b>R\$ 997.956,21</b>   | <b>R\$ 997.956,21</b>   | <b>R\$ 997.956,21</b>   | <b>R\$ 1.995.912,42</b>  |

|                                                                                                        |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                             | <b>R\$ 1.918.457,27</b>  | <b>R\$ 1.918.457,27</b>  | <b>R\$ 1.918.457,27</b>  | <b>R\$ 3.836.914,54</b>  |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL</b>                                                                     | <b>R\$ 3.198.336,86</b>  | <b>R\$ 3.198.336,86</b>  | <b>R\$ 3.198.336,86</b>  | <b>R\$ 6.396.673,72</b>  |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL</b>                                                                      | <b>R\$ 4.376.506,18</b>  | <b>R\$ 8.195.851,33</b>  | <b>R\$ 4.376.506,18</b>  | <b>R\$ 12.572.357,51</b> |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                           | <b>R\$ 7.574.843,04</b>  | <b>R\$ 11.394.188,19</b> | <b>R\$ 7.574.843,04</b>  | <b>R\$ 18.969.031,23</b> |
| <b>COMPONENTE PÓS-FIXADO</b>                                                                           | <b>MENSAL</b>            | <b>AGOSTO/2025</b>       | <b>SETEMBRO/2025</b>     | <b>TOTAL</b>             |
| Consultas - <b>Recurso Estadual</b>                                                                    | R\$ 1.283.140,00         | R\$ 1.283.140,00         | R\$ 1.283.140,00         | R\$ 2.566.280,00         |
| Exames - <b>Recurso Estadual</b>                                                                       | R\$ 252.845,45           | R\$ 252.845,45           | R\$ 252.845,45           | R\$ 505.690,90           |
| Procedimentos de Oftalmologia - (Portaria Nº 126, de 23 de Novembro de 2023) - <b>Recurso Estadual</b> | R\$ 881.496,25           | R\$ 881.496,25           | R\$ 881.496,25           | R\$ 1.762.992,50         |
| Programa Melhor em Casa (Portaria Nº 825, De 25 De Abril De 2016)- <b>Recurso Estadual</b>             | R\$ 260.000,00           | R\$ 260.000,00           | R\$ 260.000,00           | R\$ 520.000,00           |
| Cirurgias Eletivas - Portaria nº 6.636 de 19 de Fevereiro de 2025 - <b>Recurso Federal</b>             | R\$ 750.140,54           | R\$ 750.140,54           | R\$ 750.140,54           | R\$ 1.500.281,08         |
| OPME's Não padronizadas na tabela SUS (Portaria 061-R/2023) - <b>Recurso Estadual</b>                  | R\$ 336.569,96           | R\$ 336.569,96           | R\$ 336.569,96           | R\$ 673.139,92           |
| OPME's Padronizada - <b>Recurso Federal</b>                                                            | R\$ 493.619,53           | R\$ 493.619,53           | R\$ 493.619,53           | R\$ 987.239,06           |
| Procedimentos de Média e Alta Complexidade - <b>Recurso Federal</b>                                    | R\$ 3.230.740,53         | R\$ 3.230.740,53         | R\$ 3.230.740,53         | R\$ 6.461.481,06         |
| Procedimentos Hospitalares de Média e Alta complexidade em Oftalmologia - <b>Recurso Federal</b>       | R\$ 489.823,58           | R\$ 489.823,58           | R\$ 489.823,58           | R\$ 979.647,16           |
| FAEC Ambulatorial- <b>Recurso Federal</b>                                                              | R\$ 635.608,66           | R\$ 635.608,66           | R\$ 635.608,66           | R\$ 1.271.217,32         |
| FAEC Hospitalar- <b>Recurso Federal</b>                                                                | R\$ 1.970.501,78         | R\$ 1.970.501,78         | R\$ 1.970.501,78         | R\$ 3.941.003,55         |
| FAEC – TRS- <b>Recurso Federal</b>                                                                     | R\$ 609.329,57           | R\$ 609.329,57           | R\$ 609.329,57           | R\$ 1.218.659,14         |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL</b>                                                                       | <b>R\$ 3.014.051,66</b>  | <b>R\$ 3.014.051,66</b>  | <b>R\$ 3.014.051,66</b>  | <b>R\$ 6.028.103,32</b>  |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL</b>                                                                        | <b>R\$ 8.179.764,19</b>  | <b>R\$ 8.179.764,19</b>  | <b>R\$ 8.179.764,19</b>  | <b>R\$ 16.359.528,37</b> |
| <b>TOTAL RECURSO ESTADUAL (PRÉ + PÓS)</b>                                                              | <b>R\$ 6.212.388,52</b>  | <b>R\$ 6.212.388,52</b>  | <b>R\$ 6.212.388,52</b>  | <b>R\$ 12.424.777,04</b> |
| <b>TOTAL RECURSO FEDERAL (PRÉ + PÓS)</b>                                                               | <b>R\$ 12.556.270,37</b> | <b>R\$ 16.375.615,52</b> | <b>R\$ 12.556.270,37</b> | <b>R\$ 28.931.885,88</b> |

|                                                  |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO -<br/>ESTADUAL + FEDERAL</b> | <b>R\$ 11.193.815,84</b> | <b>R\$ 11.193.815,84</b> | <b>R\$ 11.193.815,84</b> | <b>R\$ 22.387.631,69</b> |
| <b>TOTAL DO CONVÊNIO</b>                         | <b>R\$ 18.768.658,88</b> | <b>R\$ 22.588.004,03</b> | <b>R\$ 18.768.658,88</b> | <b>R\$ 41.356.662,92</b> |
| <b>VALOR DO TERMO ADITIVO</b>                    |                          |                          |                          | <b>R\$ 3.819.345,15</b>  |

**APROVAÇÃO**

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de **R\$ 41.356.662,92**(quarenta e um milhões trezentos e cinquenta e seis mil seiscentos e sessenta e dois reais e noventa e dois centavos).

**Assinatura e carimbo da Concedente**

**Nome: HEBER DE SOUZA LAUARCI**  
**CPF: \*\*\*.979.\*\*\*-\*\***

Assinatura

**Assinatura e carimbo da Convenente**

**Nome: RODRIGO ANDRÉ SEIDEL**  
**CPF: \*\*\*.696.\*\*\*-\*\***

Assinatura

Vitória (ES),

de agosto de 2025.

**ANEXO A: ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS**

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

**ANEXO C – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

## ANEXO A - ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

## LEITOS HABILITADOS E QUALIFICADOS

| 37º TA HEVV – AGOSTO A SETEMBRO/2025 |                  |                           |                       |                         |
|--------------------------------------|------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|
| RECURSO ESTADUAL/FEDERAL             |                  |                           |                       |                         |
| TIPO DE LEITOS                       | Nº LEITOS MENSAL | QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS | VALOR DIÁRIA DE LEITO | VALOR TOTAL             |
| Clínica Médica – Enfermaria Adulto   | 68               | 1860,48                   | R\$ 875,00            | R\$ 1.627.920,00        |
| Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto | 72               | 1860,48                   | R\$ 977,00            | R\$ 1.817.688,96        |
| UTI Adulto                           | 24               | 656,64                    | R\$ 1.385,00          | R\$ 909.446,40          |
| UTI Coronariano (UCO)                | 20               | 547,2                     | R\$ 1.696,00          | R\$ 928.051,20          |
| <b>TOTAL</b>                         | <b>184</b>       |                           |                       | <b>R\$ 5.283.106,56</b> |
| TIPO DE LEITOS                       | Nº LEITOS MENSAL | QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS | VALOR DIÁRIA DE LEITO | VALOR TOTAL MENSAL      |
| U/E Sala Vermelha                    | 10               | 304                       | R\$ 2.641,00          | R\$ 802.864,00          |
| <b>TOTAL</b>                         | <b>10</b>        |                           |                       | <b>R\$ 802.864,00</b>   |
| <b>TOTAL GERAL DE LEITOS</b>         |                  |                           |                       | <b>R\$ 6.085.970,56</b> |

| 37º TA HEVV – AGOSTO A SETEMBRO/2025                                 |                  |                       |
|----------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------|
| PROGRAMA MELHOR EM CASA                                              |                  |                       |
| Serviço de referência                                                | Valor por equipe | Valor mensal equipes  |
| 04 Equipes – EMAD - PORTARIA GM/MS Nº 3.005, DE 2 DE JANEIRO DE 2024 | 65.000,00        | R\$ 260.000,00        |
| 02 Equipes – CIB 043/2023                                            | 65.000,00        | R\$ 130.000,00        |
| <b>TOTAL</b>                                                         |                  | <b>R\$ 390.000,00</b> |

| 37º TA HEVV – AGOSTO A SETEMBRO/2025                                                                                   |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| INCENTIVOS -RECURSO FEDERAL                                                                                            |                         |
| TIPO INCENTIVO                                                                                                         | TOTAL MENSAL            |
| INTEGRASUS (Portaria Nº 878 GM/MS de 08/05/02 e Portaria Nº 1931 de 10/08/2007)                                        | R\$ 16.259,43           |
| Incentivo de Adesão à Contratualização - IAC                                                                           | R\$ 421.030,21          |
| Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº 3.162 de 28 de dezembro de 2012)                                             | R\$ 300.000,00          |
| Rede de Atenção às Urgências (Portaria nº3.162 de 28 de dezembro de 2012)<br>Qualificação de leitos de UTI - 21 leitos | R\$ 184.695,84          |
| Incentivo financeiro de custeio mensal - Residência Médica (Portaria GM/MS Nº 2.322 de 23 de outubro de 2014)          | R\$ 128.000,00          |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                           | <b>R\$ 1.049.985,48</b> |



CONSULTAS

CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA – Port. 166-R, de 25 de novembro de 2024.

| Código do Procedimento 03.01.01.00-72 - Ambulatório Especializado |                                                           | VALOR MENSAL AGOSTO/2025 A SETEMBRO/2025 |               |                             |                           | Complementação - Tabela SUS |                        | Complementação - Tabela SUS |                        |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|
|                                                                   |                                                           | Oferta Mensal Contratual                 | Quant. 1º Vez | Quant. autogestão (retorno) | Capixaba - Valor Unitário | Capixaba - Valor Unitário   | Capixaba - Valor Total | Capixaba - Valor Total      | Capixaba - Valor Total |
| 1                                                                 | Consulta em cardiologia adulto alta complexidade          | 1.158                                    | 116           | 1.042                       | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 46.320,00          | R\$ 46.320,00               | R\$ 46.320,00          |
| 2                                                                 | Oftalmologia - cardiologia risco cirúrgico                | 765                                      | 0             | 765                         | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 30.600,00          | R\$ 30.600,00               | R\$ 30.600,00          |
| 3                                                                 | Consulta anestesiologia adulto                            | 388                                      | 0             | 388                         | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 15.520,00          | R\$ 15.520,00               | R\$ 15.520,00          |
| 4                                                                 | Consulta em cirurgia bariátrica                           | 220                                      | 99            | 121                         | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 8.800,00           | R\$ 8.800,00                | R\$ 8.800,00           |
| 5                                                                 | Consulta em cirurgia cardíaca adulto metropolitana        | 200                                      | 50            | 150                         | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 8.000,00           | R\$ 8.000,00                | R\$ 8.000,00           |
| 6                                                                 | Consulta em cirurgia da cabeça e pescoço adulto           | 320                                      | 96            | 224                         | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 12.800,00          | R\$ 12.800,00               | R\$ 12.800,00          |
| 7                                                                 | Consulta em cirurgia da cabeça e pescoço oncologia adulto | 30                                       | 9             | 21                          | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 1.200,00           | R\$ 1.200,00                | R\$ 1.200,00           |
| 8                                                                 | Consulta em cirurgia geral adulto                         | 400                                      | 60            | 340                         | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 16.000,00          | R\$ 16.000,00               | R\$ 16.000,00          |
| 9                                                                 | Consulta em cirurgia oncológica                           | 200                                      | 60            | 140                         | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 8.000,00           | R\$ 8.000,00                | R\$ 8.000,00           |
| 10                                                                | Consulta em cirurgia plástica oncológica                  | 208                                      | 42            | 166                         | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 8.320,00           | R\$ 8.320,00                | R\$ 8.320,00           |
| 11                                                                | Consulta em cirurgia torácica adulto                      | 65                                       | 8             | 57                          | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 2.600,00           | R\$ 2.600,00                | R\$ 2.600,00           |
| 12                                                                | Consulta em cirurgia torácica oncologia adulto            | 63                                       | 7             | 56                          | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 2.520,00           | R\$ 2.520,00                | R\$ 2.520,00           |
| 13                                                                | Consulta em cirurgia urológica adulto                     | 324                                      | 0             | 324                         | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 12.960,00          | R\$ 12.960,00               | R\$ 12.960,00          |
| 14                                                                | Consulta em urologia oncológica                           | 140                                      | 40            | 100                         | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 5.600,00           | R\$ 5.600,00                | R\$ 5.600,00           |
| 15                                                                | Consulta em cirurgia vascular adulto                      | 440                                      | 57            | 383                         | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 17.600,00          | R\$ 17.600,00               | R\$ 17.600,00          |
| 16                                                                | Consulta em gastroenterologia                             | 88                                       | 50            | 38                          | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 3.520,00           | R\$ 3.520,00                | R\$ 3.520,00           |
| 17                                                                | Consulta em hematologia oncológica                        | 200                                      | 20            | 180                         | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 8.000,00           | R\$ 8.000,00                | R\$ 8.000,00           |
| 18                                                                | Consulta em hepatologia adulto metropolitana              | 140                                      | 59            | 81                          | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 5.600,00           | R\$ 5.600,00                | R\$ 5.600,00           |
| 19                                                                | Consulta em mastologia oncológica                         | 150                                      | 60            | 90                          | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 6.000,00           | R\$ 6.000,00                | R\$ 6.000,00           |
| 20                                                                | Consulta em mastologia geral                              | 38                                       | 38            | 0                           | R\$ 40,00                 | R\$ 40,00                   | R\$ 1.520,00           | R\$ 1.520,00                | R\$ 1.520,00           |

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|       |                                                         |        |       |        |           |                |
|-------|---------------------------------------------------------|--------|-------|--------|-----------|----------------|
| 21    | Consulta em nefrologia adulto alta complexidade         | 310    | 21    | 289    | R\$ 40,00 | R\$ 12.400,00  |
| 22    | Consulta em neurocirurgia adulto                        | 50     | 22    | 28     | R\$ 40,00 | R\$ 2.000,00   |
| 23    | Consulta em neurocirurgia oncológica adulto             | 18     | 8     | 10     | R\$ 40,00 | R\$ 720,00     |
| 24    | Consulta em oftalmologia adulto                         | 3.144  | 2.844 | 300    | R\$ 40,00 | R\$ 125.760,00 |
| 25    | Consulta em oftalmologia catarata                       | 3.500  | 1.050 | 2.450  | R\$ 40,00 | R\$ 140.000,00 |
| 26    | Consulta em oftalmologia córnea                         | 556    | 30    | 526    | R\$ 40,00 | R\$ 22.240,00  |
| 27    | Consulta em oftalmologia estrabismo cirúrgico           | 5      | 0     | 5      | R\$ 40,00 | R\$ 200,00     |
| 28    | Consulta acompanhamento em oftalmologia glaucoma adulto | 1130   | 0     | 1.130  | R\$ 40,00 | R\$ 45.200,00  |
| 29    | Consulta em oftalmologia glaucoma cirúrgico             | 260    | 26    | 234    | R\$ 40,00 | R\$ 10.400,00  |
| 30    | Consulta em oftalmologia injeção intra vítrea           | 735    | 120   | 615    | R\$ 40,00 | R\$ 29.400,00  |
| 31    | Consulta em oftalmologia plástica ocular                | 40     | 0     | 40     | R\$ 40,00 | R\$ 1.600,00   |
| 32    | Consulta em oftalmologia pterígio                       | 850    | 200   | 650    | R\$ 40,00 | R\$ 34.000,00  |
| 33    | Consulta em oftalmologia retina cirúrgica               | 930    | 120   | 810    | R\$ 40,00 | R\$ 37.200,00  |
| 34    | Consulta em oftalmologia retina                         | 386    | 128   | 258    | R\$ 40,00 | R\$ 15.440,00  |
| 35    | Consulta em oncologia                                   | 650    | 0     | 650    | R\$ 40,00 | R\$ 26.000,00  |
| 36    | Consulta em pneumologia adulto                          | 14     | 0     | 14     | R\$ 40,00 | R\$ 560,00     |
| 37    | Consulta em proctologia adulto                          | 4      | 0     | 4      | R\$ 40,00 | R\$ 160,00     |
| 38    | Consulta endocrinologia e metabologia                   | 40     | 0     | 40     | R\$ 40,00 | R\$ 1.600,00   |
| TOTAL |                                                         | 18.159 | 5.440 | 12.719 |           | R\$ 726.360,00 |

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

OBS: Item 26 alterado conforme solicitação por ofício AEBES nº 066/2024 e foram retirados os itens 39 e 40, que foram inseridos por equívoco consultas para os procedimentos hospitalares a partir do 15º TA.

Obs. A OFERTA DE AMPLIAÇÃO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA À GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - (GRAE) A PARTIR DE 01/01/2025.

**37º TA HEVV – AGOSTO A SETEMBRO/2025**

**EXAMES**

**RECURSO ESTADUAL**

| PROCEDIMENTO                                                                            | Código do Procedimento / Forma Organizacional | Oferta Mensal Contratual | Quantidade 1º Vez | Quantidade autogestão (retorno) | Tabela Sigtap - Valor Unitário | Tabela Sigtap - Valor Total | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Unitário | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Total |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|-------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Biópsia de Próstata Via Transretal (Metropolitana)                                      | 02.01.01.041-0                                | 50                       | 45                | 5                               | R\$ 202,81                     | R\$ 10.140,50               | R\$ 54,69                                             | R\$ 2.734,50                                       |
| Colonoscopia - Coloscopia (Metropolitana)                                               | 02.09.01.002-9                                | 90                       | 41                | 49                              | R\$ 112,66                     | R\$ 10.139,40               | R\$ 223,14                                            | R\$ 20.082,60                                      |
| Ecocardiografia Transtorácica (Adulto Metropolitana)                                    | 02.05.01.003-2                                | 600                      | 499               | 101                             | R\$ 67,86                      | R\$ 40.716,00               | R\$ 57,14                                             | R\$ 34.284,00                                      |
| Esofagogastroduodenoscopia - Endoscopia Digestiva Alta Adulto (Metropolitana)           | 02.09.01.003-7                                | 160                      | 96                | 64                              | R\$ 48,16                      | R\$ 7.705,60                | R\$ 99,34                                             | R\$ 15.894,40                                      |
| Holter 24 horas - Monitoramento pelo Sistema Holter 24 horas (3 Canais) (Metropolitana) | 02.11.02.004-4                                | 130                      | 112               | 18                              | R\$ 30,00                      | R\$ 3.900,00                | R\$ 72,20                                             | R\$ 9.386,00                                       |
| Teste de Esforço - Teste Ergométrico (Metropolitana)                                    | 02.11.02.006-0                                | 333                      | 167               | 166                             | R\$ 30,00                      | R\$ 9.990,00                | R\$ 61,25                                             | R\$ 20.396,25                                      |
| Tomografia de Coerência Óptica (Metropolitana)                                          | 02.11.06.028-3                                | 650                      | 200               | 450                             | R\$ 48,00                      | R\$ 31.200,00               | R\$ 144,54                                            | R\$ 93.951,00                                      |
| Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos (Metropolitana)                              | 02.05.01.004-0                                | 500                      | 330               | 170                             | R\$ 39,60                      | R\$ 19.800,00               | R\$ 85,40                                             | R\$ 42.700,00                                      |

|                                                     |                |              |              |              |           |               |           |                       |
|-----------------------------------------------------|----------------|--------------|--------------|--------------|-----------|---------------|-----------|-----------------------|
| Ultrassonografia dos Demais Sistemas - Oftalmologia | 02.05.02       | 58           | 25           | 33           | R\$ 24,20 | R\$ 1.403,60  | R\$ 24,20 | R\$ 1.403,60          |
| Ultrassonografia dos Demais Sistemas                | 02.05.02       | 423          | 0            | 423          | R\$ 24,20 | R\$ 10.236,60 | R\$ 24,20 | R\$ 10.236,60         |
| Ultrassonografia de Abdômen Total                   | 02.05.02.004-6 | 170          | 0            | 170          | R\$ 37,95 | R\$ 6.451,50  | R\$ 10,45 | R\$ 1.776,50          |
| <b>TOTAL</b>                                        |                | <b>3.164</b> | <b>1.515</b> | <b>1.649</b> |           |               |           | <b>R\$ 252.845,45</b> |

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.

SIA MÉDIA

| 37º TA HEVV – AGOSTO A SETEMBRO/2025          |                                         |                                                 |                             |                   |                                 |                |               |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------------------|----------------|---------------|
| RECURSO FEDERAL                               |                                         |                                                 |                             |                   |                                 |                |               |
| Grupo                                         | Subgrupo                                | Forma Organizacional / Código do Procedimento   | AGOSTO/2025 A SETEMBRO/2025 |                   |                                 |                | Valor/mês     |
|                                               |                                         |                                                 | Oferta Mensal Contratual    | Quantidade 1º Vez | Quantidade autogestão (retorno) | Valor Unitário |               |
| 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica | 01 - Coleta de material                 | 01 - Biópsia, exceto próstata                   | 24                          | 0                 | 24                              | R\$ 78,86      | R\$ 1.892,64  |
|                                               |                                         | 01 - Biópsia da Próstata /Hepático              | 50                          | 45                | 5                               | R\$ 202,81     | R\$ 10.140,50 |
|                                               |                                         | 01 - Bioquímicos                                | 4.042                       | 0                 | 4.042                           | R\$ 3,16       | R\$ 12.772,72 |
|                                               | 02 - Diagnóstico em laboratório clínico | 02 - Hematológicos e Hemostasia                 | 913                         | 0                 | 913                             | R\$ 4,17       | R\$ 3.807,21  |
|                                               |                                         | 03 - Exames Sorológicos e Imunológicos          | 1.592                       | 0                 | 1.592                           | R\$ 18,77      | R\$ 29.881,84 |
|                                               |                                         | 04 - Coprológicos                               | 11                          | 0                 | 11                              | R\$ 1,65       | R\$ 18,15     |
|                                               |                                         | 05 - Uroanálise                                 | 173                         | 0                 | 173                             | R\$ 3,56       | R\$ 615,88    |
|                                               |                                         | 06 - Hormonais                                  | 447                         | 0                 | 447                             | R\$ 16,79      | R\$ 7.505,13  |
|                                               |                                         | 07 - Toxicológicos ou Monitorização Terapêutica | 30                          | 0                 | 30                              | R\$ 26,36      | R\$ 790,80    |
|                                               |                                         | 09- Exames em outros líquidos biológicos        | 7                           | 0                 | 7                               | R\$ 3,00       | R\$ 21,00     |

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|                                                          |                                                             |     |     |     |            |               |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|------------|---------------|
| 03 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia | 10- Exames de genética                                      | 6   | 0   | 6   | R\$ 160,00 | R\$ 960,00    |
|                                                          | 12 - Imunohematológico                                      | 29  | 0   | 29  | R\$ 1,38   | R\$ 40,02     |
| 04 - Diagnóstico por radiologia                          | 01 - Citopatológico                                         | 2   | 0   | 2   | R\$ 10,65  | R\$ 21,30     |
|                                                          | 02 - Anatomo-patológico                                     | 400 | 0   | 400 | R\$ 45,37  | R\$ 18.148,00 |
|                                                          | 01 - Cabeça e pescoço                                       | 9   | 0   | 9   | R\$ 7,32   | R\$ 65,88     |
|                                                          | 02 - Coluna Vertebral                                       | 22  | 0   | 22  | R\$ 9,94   | R\$ 218,68    |
|                                                          | 03 - Tórax Mediastino                                       | 60  | 0   | 60  | R\$ 11,27  | R\$ 676,20    |
|                                                          | 02.04.03.018-8 - Mamografia Bilateral para Rastreamento     | 140 | 0   | 140 | R\$ 45,00  | R\$ 6.300,00  |
|                                                          | 04 - Cintura escapular e Membros Superiores                 | 36  | 0   | 36  | R\$ 7,01   | R\$ 252,36    |
|                                                          | 05 - Abdômen e Pelve                                        | 24  | 0   | 24  | R\$ 14,55  | R\$ 349,20    |
|                                                          | 05 - Abdômen e Pelve (urografia e ureterocistografia)       | 7   | 0   | 7   | R\$ 14,55  | R\$ 101,85    |
|                                                          | 05 - Abdômen e Pelve (Clister Opaco)                        | 3   | 0   | 3   | R\$ 47,76  | R\$ 143,28    |
| 05 - Diagnóstico por ultrassonografia                    | 06 - Cintura Pélvica e Membros Inferiores                   | 45  | 0   | 45  | R\$ 7,18   | R\$ 323,10    |
|                                                          | 02.05.01.003-2 - Ecocardiografia transtorácica              | 600 | 499 | 101 | R\$ 67,86  | R\$ 40.716,00 |
|                                                          | 02.05.01.004-0 - Ultrassonografia Doppler Colorido de vasos | 500 | 330 | 170 | R\$ 39,60  | R\$ 19.800,00 |
|                                                          | 02 - Ultrassonografia dos Demais Sistemas - Oftalmologia    | 58  | 25  | 33  | R\$ 24,20  | R\$ 1.403,60  |
|                                                          | 02 - Ultrassonografia dos Demais Sistemas                   | 423 | 0   | 423 | R\$ 24,20  | R\$ 10.236,60 |
|                                                          | 02.05.02.004-6 - Ultrassonografia de Abdômen Total          | 170 | 0   | 170 | R\$ 37,95  | R\$ 6.451,50  |
|                                                          | 01-Esofagogastroduodenoscopia (endoscopia digestiva alta)   | 160 | 96  | 64  | R\$ 48,16  | R\$ 7.705,60  |
| 09 - Diagnóstico por endoscopia                          | 02.09.01.002-9 - Colonoscopia (coloscopia)                  | 90  | 41  | 49  | R\$ 112,66 | R\$ 10.139,40 |
|                                                          | 02.09.01.005-3 - Retossigmoidoscopia                        | 6   | 0   | 6   | R\$ 24,05  | R\$ 144,30    |
|                                                          | 02 - Aparelho urinário                                      | 2   | 0   | 2   | R\$ 18,00  | R\$ 36,00     |
|                                                          | 04 - Aparelho respiratório                                  | 35  | 0   | 35  | R\$ 45,51  | R\$ 1.592,85  |
| 11 - Métodos diagnósticos em especialidades              | 02.11.02.003-6 - Eletrocardiograma                          | 957 | 0   | 957 | R\$ 5,15   | R\$ 4.928,55  |
|                                                          | 02.11.02.006-0- Teste de Esforço / Teste Ergométrico        | 333 | 167 | 166 | R\$ 30,00  | R\$ 9.990,00  |
|                                                          | 02 - Holter                                                 | 130 | 112 | 18  | R\$ 30,00  | R\$ 3.900,00  |

|                                       |                                                   |                                                                                                                   |        |       |        |            |                |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|--------|------------|----------------|
| 03 -<br><b>Procedimentos clínicos</b> | 01 - Consultas / atendimentos / acompanhamentos   | 02.11.06.017-8 - Retinografia Colorida Binocular                                                                  | 780    | 277   | 503    | R\$ 24,68  | R\$ 19.250,40  |
|                                       |                                                   | 02.11.06.018-6 - Retinografia fluorescente Binocular                                                              | 100    | 60    | 40     | R\$ 64,00  | R\$ 6.400,00   |
|                                       |                                                   | 06 - Biomicroscopia de fundo de olho, campimetria computadorizada, fundoscopia, mapeamento de retina e tonometria | 30.934 | 312   | 30.622 | R\$ 17,00  | R\$ 525.876,83 |
|                                       |                                                   | 06 - Diagnóstico em Oftalmologia - para DMRI                                                                      | 310    | 0     | 310    | R\$ 24,68  | R\$ 7.650,80   |
|                                       |                                                   | 08 - Diagnóstico em Pneumologia                                                                                   | 11     | 0     | 11     | R\$ 4,28   | R\$ 47,08      |
|                                       |                                                   | 01 - Consulta médica na atenção especializada                                                                     | 0      | 0     | 0      | R\$ 11,31  | R\$ 0,00       |
|                                       |                                                   | 03.01.01.010-2 - CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAValiação DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA)        | 217    | 0     | 217    | R\$ 57,74  | R\$ 12.529,58  |
|                                       |                                                   | 01.004-8- CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)                    | 937    | 0     | 937    | R\$ 6,30   | R\$ 5.903,10   |
|                                       | 01 - Consultas / atendimentos / acompanhamentos   | 01 - Consulta médica na atenção especializada                                                                     | 18.159 | 5.440 | 12.719 | R\$ 10,00  | R\$ 181.590,00 |
|                                       |                                                   | 06 - Atendimento médico em unidade de Pronto Atendimento e atendimento de urgência em atenção especializada       | 603    | 0     | 603    | R\$ 11,83  | R\$ 7.133,49   |
|                                       | 02-Fisioterapia                                   | 01.004-8- CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)                    | 2.000  | 0     | 2.000  | R\$ 6,30   | R\$ 12.600,00  |
|                                       |                                                   | 04.003-6-TERAPIA EM GRUPO                                                                                         | 2.000  | 0     | 2.000  | R\$ 6,15   | R\$ 12.300,00  |
|                                       |                                                   | 04.004-4-TERAPIA INDIVIDUAL                                                                                       | 2.000  | 0     | 2.000  | R\$ 2,81   | R\$ 5.620,00   |
|                                       |                                                   | 06.004-9 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO                                  | 2.000  | 0     | 2.000  | R\$ 6,35   | R\$ 12.700,00  |
|                                       | 03 - Tratamentos clínicos (outras especialidades) | 03.03.05.001-2 - Acompanhamento e Avaliação de Glaucoma por Fundoscopia e Tonometria                              | 1.115  | 0     | 1.115  | R\$ 17,74  | R\$ 19.780,10  |
|                                       |                                                   | 030305 - Tratamento de Doenças do aparelho da Visão                                                               | 1.065  | 0     | 1.065  | R\$ 170,68 | R\$ 181.774,20 |
|                                       |                                                   | 08- Tratamento de doenças da pele                                                                                 | 1      | 0     | 1      | R\$ 1,48   | R\$ 1,48       |
|                                       |                                                   |                                                                                                                   |        |       |        |            |                |
|                                       |                                                   |                                                                                                                   |        |       |        |            |                |
|                                       |                                                   |                                                                                                                   |        |       |        |            |                |



|                               |                                                                      |                                                                                        |     |   |     |            |               |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|-----|------------|---------------|
|                               |                                                                      | 09 - Tratamento de doenças do sistema osteomuscular e do tecido                        | 1   | 0 | 1   | R\$ 5,63   | R\$ 5,63      |
|                               | 09 - Terapias Especializadas                                         | 03 - Terapias do aparelho geniturinário                                                | 16  | 0 | 16  | R\$ 1,52   | R\$ 24,32     |
|                               |                                                                      | 04 - Terapias do aparelho cardiovascular                                               | 2   | 0 | 2   | R\$ 24,70  | R\$ 49,40     |
|                               | 01 - Pequena cirurgia e cirurgia de pele, tecido subcutâneo e mucosa | 01 - Pequenas Cirurgias                                                                | 21  | 0 | 21  | R\$ 21,79  | R\$ 457,59    |
|                               |                                                                      | 01 - Pálpebras e Vias Lacrimais                                                        | 2   | 0 | 2   | R\$ 337,11 | R\$ 674,22    |
|                               |                                                                      | 04.05.01.004-4 - Drenagem de Abscesso de Pálpebra                                      | 2   | 0 | 2   | R\$ 22,93  | R\$ 45,86     |
|                               |                                                                      | 04.05.01.005-2 - Epilação a laser                                                      | 2   | 0 | 2   | R\$ 45,00  | R\$ 90,00     |
|                               |                                                                      | 04.05.01.006-0 - Epilação de Cílios                                                    | 2   | 0 | 2   | R\$ 22,93  | R\$ 45,86     |
|                               |                                                                      | 04.05.01.010-9 - Oclusão de ponto lacrimal                                             | 2   | 0 | 2   | R\$ 19,14  | R\$ 38,28     |
|                               |                                                                      | 04.05.01.011-7 - Reconstrução de canal lacrimal                                        | 1   | 0 | 1   | R\$ 689,86 | R\$ 689,86    |
|                               |                                                                      | 04.05.01.012-5 - Reconstrução parcial de pálpebra com tarsorrafia                      | 2   | 0 | 2   | R\$ 311,04 | R\$ 622,08    |
|                               |                                                                      | 04.05.01.014-1 - Simblefaroplastia                                                     | 2   | 0 | 2   | R\$ 203,74 | R\$ 407,48    |
|                               |                                                                      | 04.05.01.016-8 - Sondagem de vias lacrimais                                            | 2   | 0 | 2   | R\$ 22,93  | R\$ 45,86     |
|                               |                                                                      | 04.05.01.018-4 - Tratamento Cirúrgico de Blefarocalase                                 | 2   | 0 | 2   | R\$ 95,42  | R\$ 190,84    |
|                               |                                                                      | 04.05.01.007-9 - Exerece de Calázio e outras Pequenas Lesões da Pálpebra e Supercílios | 3   | 0 | 3   | R\$ 78,75  | R\$ 236,25    |
|                               |                                                                      | 03 - Corpo vítreo, retina, coróide e esclera (geral)                                   | 8   | 0 | 8   | R\$ 178,86 | R\$ 1.430,88  |
|                               |                                                                      | 04 - Cavidade Orbitária e Globo Ocular                                                 | 10  | 0 | 10  | R\$ 300,60 | R\$ 3.006,00  |
|                               |                                                                      | 04.05.03.005-3 - Injeção Intra-vítreo                                                  | 40  | 0 | 40  | R\$ 84,72  | R\$ 3.388,80  |
|                               |                                                                      | 04.05.03.004-5 - Corpo vítreo, retina, coróide e esclera - Fotocoagulação a laser      | 327 | 0 | 327 | R\$ 75,15  | R\$ 24.574,05 |
|                               |                                                                      | 05- Conjuntiva, Cornea, Câmara Anterior, Iris, Corpo Ciliar e Cristalino               | 0   | 0 | 0   | R\$ 299,31 | R\$ 0,00      |
|                               |                                                                      | 04.05.05.008-9 - Exerece de Tumor de Conjuntiva                                        | 8   | 0 | 8   | R\$ 82,28  | R\$ 658,24    |
|                               |                                                                      | 04.05.05.036-4 - Tratamento cirúrgico de Pterígio                                      | 280 | 0 | 280 | R\$ 209,55 | R\$ 58.674,00 |
|                               |                                                                      | 05- Conjuntiva, Córnea, Câmara Anterior, Iris, Corpo Ciliar e Cristalino -             | 100 | 0 | 100 | R\$ 534,36 | R\$ 53.436,00 |
| 04 - Procedimentos Cirúrgicos |                                                                      | 05 - Cirurgia do aparelho da visão                                                     |     |   |     |            |               |
|                               |                                                                      |                                                                                        |     |   |     |            |               |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|                                                                                                                                                           |                                                            |               |              |               |              |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|-------------------------|
|                                                                                                                                                           | 0405050143 - Implante Intraestromal                        | 2             | 0            | 2             | R\$ 1.083,55 | R\$ 2.167,10            |
|                                                                                                                                                           | 0405050194 - Iridotomia a laser                            | 15            | 5            | 10            | R\$ 45,00    | R\$ 675,00              |
|                                                                                                                                                           | 0405050321 - Trabeculectomia                               | 70            | 0            | 70            | R\$ 898,35   | R\$ 62.884,50           |
|                                                                                                                                                           | 0405040075 - Evisceração de globo ocular                   | 0             | 0            | 0             | R\$ 794,89   | R\$ 0,00                |
|                                                                                                                                                           | 0405050135 - Implante de Prótese anti-glaumatososa         | 4             | 0            | 4             | R\$ 873,61   | R\$ 3.494,44            |
| 06 - Cirurgia do aparelho circulatório                                                                                                                    | 0405050402 - Radiação para cross linking corneano          | 2             | 0            | 2             | R\$ 372,72   | R\$ 745,44              |
|                                                                                                                                                           | 04.05.05.002-0 - Capsulotomia yag laser                    | 434           | 150          | 284           | R\$ 112,77   | R\$ 48.942,18           |
|                                                                                                                                                           | 02 - Cirurgia vascular                                     | 1             | 0            | 1             | R\$ 26,82    | R\$ 26,82               |
|                                                                                                                                                           | 01 - Esôfago, estomago e duodeno (retirada de pólipos)     | 60            | 0            | 60            | R\$ 29,84    | R\$ 1.790,40            |
|                                                                                                                                                           | 01 - Esôfago, estômago e duodeno (tratamento esclerosante) | 3             | 0            | 3             | R\$ 51,75    | R\$ 155,25              |
| 07 - Cirurgia do Aparelho digestivo, órgãos e anexos                                                                                                      | 02 - Intestinos, reto e ânus                               | 31            | 0            | 31            | R\$ 13,63    | R\$ 422,53              |
|                                                                                                                                                           | 04 - Parede e cavidade abdominal                           | 5             | 0            | 5             | R\$ 12,27    | R\$ 61,35               |
|                                                                                                                                                           | 0409020028 - Drenagem de Fleimão Urinoso                   | 1             | 0            | 1             | R\$ 12,97    | R\$ 12,97               |
|                                                                                                                                                           | 01 - Traqueia e brônquios                                  | 8             | 0            | 8             | R\$ 15,79    | R\$ 126,32              |
|                                                                                                                                                           | 05 - Pulmão                                                | 1             | 0            | 1             | R\$ 54,97    | R\$ 54,97               |
| 15 - Outras cirurgias                                                                                                                                     | 04 - Procedimentos cirúrgicos gerais                       | 1             | 0            | 1             | R\$ 29,86    | R\$ 29,86               |
| 17 - Anestesiologia                                                                                                                                       | 01 - Anestesia regional                                    | 1             | 0            | 1             | R\$ 22,27    | R\$ 22,27               |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                              |                                                            | <b>75.242</b> | <b>7.559</b> | <b>67.683</b> |              | <b>R\$ 1.493.650,10</b> |
| <b>Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.</b> |                                                            |               |              |               |              |                         |

| 37º TA HEVV – AGOSTO A SETEMBRO/2025          |                                              |                                                          |                          |                   |                                 |                |               |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|---------------------------------|----------------|---------------|
| SAI ALTA e APAC's                             |                                              |                                                          |                          |                   |                                 |                |               |
| RECURSO FEDERAL                               |                                              |                                                          |                          |                   |                                 |                |               |
| Grupo                                         | Subgrupo                                     | Forma Organizacional                                     | Oferta Mensal Contratual | Quantidade 1º Vez | Quantidade autogestão (retorno) | Valor Unitário | Valor/mês     |
| 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica | 01- Coleta de material                       | 01- Biópsia                                              | 2                        | 0                 | 2                               | R\$ 97,00      | R\$ 194,00    |
|                                               | 02-Diagnóstico em Laboratório Clínico        | 07- Exames toxicológicos ou de monitorização terapêutica | 1                        | 0                 | 1                               | R\$ 58,61      | R\$ 58,61     |
|                                               | 06 - Diagnóstico por tomografia              | 01 - Cabeça, Pescoço e Coluna vertebral                  | 196                      | 0                 | 196                             | R\$ 95,37      | R\$ 18.692,52 |
|                                               |                                              | 02 - Tórax e Membros Superiores                          | 204                      | 0                 | 204                             | R\$ 136,05     | R\$ 27.754,20 |
|                                               |                                              | 03 - Abdômen, Pelve Membros inferiores                   | 593                      | 0                 | 593                             | R\$ 137,90     | R\$ 81.774,70 |
|                                               | 07 - Diagnóstico por ressonância magnética   | 01 - RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral            | 318                      | 254               | 64                              | R\$ 268,75     | R\$ 85.462,50 |
|                                               |                                              | 02 - RM de tórax e membros superiores                    | 107                      | 86                | 21                              | R\$ 361,25     | R\$ 38.653,75 |
|                                               |                                              | 03 - RM da abdômen, pelve e membros inferiores           | 230                      | 184               | 46                              | R\$ 268,75     | R\$ 61.812,50 |
|                                               | 08- Diagnóstico por Medicina Nuclear In Vivo | 01 - Aparelho Cardiovascular                             | 50                       | 0                 | 50                              | R\$ 457,55     | R\$ 22.877,50 |
|                                               |                                              | 02 - Aparelho Digestivo                                  | 1                        | 0                 | 1                               | R\$ 187,93     | R\$ 187,93    |
|                                               |                                              | 03 - Aparelho Endócrino                                  | 2                        | 0                 | 2                               | R\$ 338,70     | R\$ 677,40    |
|                                               |                                              | 04 - Aparelho Geniturinário                              | 1                        | 0                 | 1                               | R\$ 457,55     | R\$ 457,55    |
|                                               |                                              | 05 - Aparelho Esquelético                                | 26                       | 0                 | 26                              | R\$ 457,55     | R\$ 11.896,30 |
|                                               |                                              | 07 - Aparelho Respiratório                               | 1                        | 0                 | 1                               | R\$ 457,55     | R\$ 457,55    |
|                                               | 10 - Diagnóstico                             | 08 - Aparelho Hematológico                               | 1                        | 0                 | 1                               | R\$ 112,61     | R\$ 112,61    |
|                                               |                                              | 01 - Angiografia, aortografia e arteriografia            | 50                       | 0                 | 50                              | R\$ 253,37     | R\$ 12.668,50 |

|                                              | por radiologia<br>intervencionista                                                                                |     |     |     |  |  |  |  |                |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|--|--|--|--|----------------|
|                                              | 11 - Métodos<br>diagnósticos<br>em<br>especialidades                                                              | 100 | 100 | 0   |  |  |  |  | R\$ 73.004,00  |
| <b>03 -<br/>Procedimentos<br/>Clínicos</b>   | 02 - Cateterismo                                                                                                  | 100 | 100 | 0   |  |  |  |  | R\$ 73.004,00  |
|                                              | 02 - Quimioterapia Paliativa -<br>Adulto                                                                          | 192 | 0   | 192 |  |  |  |  | R\$ 134.588,16 |
|                                              | 03.04.02.038-9 - Quimioterapia<br>de Carcinoma do Fígado ou do<br>Trato Biliar Avançado                           | 5   | 0   | 5   |  |  |  |  | R\$ 2.857,50   |
|                                              | 03 - Quimioterapia para<br>controle temporário de doença -<br>adulto                                              | 171 | 0   | 171 |  |  |  |  | R\$ 137.495,97 |
|                                              | 04 - Quimiot prévia<br>(Neoadjuvante/Citorredutora) -<br>Adulto                                                   | 97  | 0   | 97  |  |  |  |  | R\$ 119.461,32 |
|                                              | 05 - Quimioterapia Adjuvante<br>(Profilática) - Adulto                                                            | 214 | 0   | 214 |  |  |  |  | R\$ 110.847,72 |
| <b>04 -<br/>Procedimentos<br/>Cirúrgicos</b> | 06 - Quimioterapia Curativa -<br>Adulto                                                                           | 27  | 0   | 27  |  |  |  |  | R\$ 82.425,87  |
|                                              | 07 - Quimioterapia de tumores<br>de criança e adolescente                                                         | 1   | 0   | 1   |  |  |  |  | R\$ 1.700,00   |
|                                              | 08 - Quimioterapia<br>Procedimentos Especiais                                                                     | 61  | 0   | 61  |  |  |  |  | R\$ 30.715,94  |
|                                              | 04.05.01.008-7 - Extirpação de<br>Glândula Lacrimal                                                               | 2   | 0   | 2   |  |  |  |  | R\$ 1.154,88   |
|                                              | 05 - Conjuntiva, Córnea,<br>Câmara Anterior, Íris, Corpo<br>Ciliar e Cristalino - catarata<br>(facoemulsificação) | 880 | 0   | 880 |  |  |  |  | R\$ 679.008,00 |
|                                              | 04.07.03.009-3 - Dilatação<br>Percutânea de Estenoses e<br>Anastomoses Biliares                                   | 1   | 0   | 1   |  |  |  |  | R\$ 92,95      |
|                                              | 05 - Cirurgia<br>do aparelho da<br>visão                                                                          |     |     |     |  |  |  |  |                |
|                                              | 07 - Cirurgia<br>do aparelho<br>digestivo,<br>órgãos anexos e                                                     |     |     |     |  |  |  |  |                |

|       |                  |  |      |     |      |  |  |  |                  |
|-------|------------------|--|------|-----|------|--|--|--|------------------|
|       | parede abdominal |  |      |     |      |  |  |  |                  |
| TOTAL |                  |  | 3534 | 624 | 2910 |  |  |  | R\$ 1.737.090,43 |

| 37º TA HEVV – AGOSTO A SETEMBRO/2025                                                                                                                |                                               |                              |                          |                           |                                 |                             |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------------|-----------------------------|----------------|
| CONSULTAS ESPECIALIZADA TEA                                                                                                                         |                                               |                              |                          |                           |                                 |                             |                |
| RECURSO ESTADUAL                                                                                                                                    |                                               |                              |                          |                           |                                 |                             |                |
| Ambulatório Especializado                                                                                                                           | Código do Procedimento / Forma Organizacional | Quant. Pacientes - Regulados | Oferta Mensal Contratual | Valor Unitário Tabela SUS | Valor Unitário Diferença Tabela | VALOR T-SUS COM COMPLEMENTO | TOTAL          |
| CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)                                                                | 03.01.01.004-8                                | 80                           | 2000                     | R\$ 6,30                  | R\$ 68,70                       | R\$ 75,00                   | R\$ 137.400,00 |
|                                                                                                                                                     | TERAPIA EM GRUPO                              |                              | 2000                     | R\$ 6,15                  | R\$ 68,85                       | R\$ 75,00                   | R\$ 137.700,00 |
|                                                                                                                                                     | TERAPIA INDIVIDUAL                            |                              | 2000                     | R\$ 2,81                  | R\$ 72,19                       | R\$ 75,00                   | R\$ 144.380,00 |
| ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO                                                                               | 03.02.06.004-9                                |                              | 2000                     | R\$ 6,35                  | R\$ 68,65                       | R\$ 75,00                   | R\$ 137.300,00 |
| Total                                                                                                                                               |                                               |                              | 8000                     |                           |                                 |                             | R\$ 556.780,00 |
| 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 A regulação do acesso será por paciente de primeira vez e não por procedimento 8000 procedimentos/mês e total de 80 pacientes.                |                                               |                              |                          |                           |                                 |                             |                |
| Obs.3 O atendimento do TEA contratualizado não faz parte das metas qualitativas do convênio de contratualização.                                    |                                               |                              |                          |                           |                                 |                             |                |

| 37ª TA HEVV – AGOSTO A SETEMBRO/2025 |                                    |                        |                                                                                |            |                |                |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|----------------|
| RECURSO FEDERAL                      |                                    |                        |                                                                                |            |                |                |
| Oftalmo SIH Média e Alta             |                                    |                        |                                                                                |            |                |                |
| Grupo                                | Subgrupo                           | Código do Procedimento | Procedimento                                                                   | Quantidade | Valor Unitário | Valor/mês      |
| 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS        | 05- Cirurgias do Aparelho da Visão | 04.05.01.003-6         | Dacriocistorrinostomia                                                         | 2          | R\$ 681,87     | R\$ 1.363,74   |
|                                      |                                    | 04.05.01.013-3         | Reconstituição Total de Pálpebra                                               | 1          | R\$ 1.138,66   | R\$ 1.138,66   |
|                                      |                                    | 04.05.01.017-6         | Sutura de Pálpebras                                                            | 1          | R\$ 143,99     | R\$ 143,99     |
|                                      |                                    | 04.05.03.009-6         | Sutura de Esclera                                                              | 2          | R\$ 161,19     | R\$ 322,38     |
|                                      |                                    | 04.05.03.014-2         | Vitrectomia Posterior                                                          | 83         | R\$ 2.667,29   | R\$ 221.385,07 |
|                                      |                                    | 04.05.03.016-9         | Vitrectomia Posterior com Infusão de Perfluocarbono e Endolaser                | 2          | R\$ 4.183,12   | R\$ 8.366,24   |
|                                      |                                    | 04.05.03.017-7         | Vitrectomia Posterior com Infusão de Perfluocarbono/Óleo de Silicone/Endolaser | 41         | R\$ 4.701,84   | R\$ 192.848,51 |
|                                      |                                    | 04.05.05.037-2         | Facoemulsificação Com Implante De Lente Intra-Ocular Dobravel                  | 1          | R\$ 771,60     | R\$ 771,60     |
|                                      |                                    | 04.05.04.006-7         | Enucleação de Globo Ocular                                                     | 1          | R\$ 415,58     | R\$ 415,58     |
|                                      |                                    | 04.05.04.007-5         | Evisceração de Globo Ocular                                                    | 6          | R\$ 587,52     | R\$ 3.525,12   |
|                                      |                                    | 04.05.05.013-5         | - Implante de Prótese Anti-Glaucomatosa                                        | 1          | R\$ 873,61     | R\$ 873,61     |
|                                      |                                    | 04.05.05.023-2         | Reconstrução de Câmara Anterior do Olho                                        | 1          | R\$ 794,89     | R\$ 794,89     |

|                                                                                                                                                                                                        |  |                |                                                            |            |              |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|------------------------------------------------------------|------------|--------------|-----------------------|
|                                                                                                                                                                                                        |  | 04.05.01.011-7 | Reconstituição de Canal Lacrimal                           | 1          | R\$ 689,66   | R\$ 689,66            |
|                                                                                                                                                                                                        |  | 04.05.01.012-5 | Reconstituição Parcial de Pálpebra com Tarsorrafia         | 1          | R\$ 311,04   | R\$ 311,04            |
|                                                                                                                                                                                                        |  | 04.05.02.002-3 | Correção Cirúrgica do Estrabismo (Até 2 Músculos)          | 2          | R\$ 1.167,82 | R\$ 2.335,64          |
|                                                                                                                                                                                                        |  | 04.05.03.002-9 | Biópsia de Tumor Intra Ocular                              | 1          | R\$ 96,11    | R\$ 96,11             |
|                                                                                                                                                                                                        |  | 04.05.03.007-0 | Retinopexia com Introflexão Escleral                       | 13         | R\$ 1.074,86 | R\$ 13.973,18         |
|                                                                                                                                                                                                        |  | 04.05.04.010-5 | Explant de Lente Intra Ocular                              | 13         | R\$ 846,19   | R\$ 11.000,47         |
|                                                                                                                                                                                                        |  | 04.05.04.021-0 | Reposicionamento de Lente Intraocular                      | 4          | R\$ 453,61   | R\$ 1.814,44          |
|                                                                                                                                                                                                        |  | 04.05.05.009-7 | Facetomia com Implante de Lente Intraocular                | 3          | R\$ 531,60   | R\$ 1.594,80          |
|                                                                                                                                                                                                        |  | 04.05.05.010-0 | Facetomia S/ Implante de Lente Intraocular                 | 2          | R\$ 483,60   | R\$ 967,20            |
|                                                                                                                                                                                                        |  | 04.05.05.011-9 | Facoemulsificação com Implante de Lente Intraocular Rígida | 1          | R\$ 651,60   | R\$ 651,60            |
|                                                                                                                                                                                                        |  | 04.05.05.015-1 | Implante Secundário de Lente Intraocular - Lio             | 21         | R\$ 1.112,83 | R\$ 23.369,43         |
|                                                                                                                                                                                                        |  | 04.05.05.021-6 | Recobrimento Conjuntival                                   | 1          | R\$ 172,27   | R\$ 172,27            |
|                                                                                                                                                                                                        |  | 04.05.05.032-1 | Trabeculectomia                                            | 1          | R\$ 898,35   | R\$ 898,35            |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                                                                           |  |                |                                                            | <b>206</b> |              | <b>R\$ 489.823,58</b> |
| 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 Para casos em que o procedimento principal for Múltiplo ou Sequenciais, Subgrupo 0415, os procedimentos cirúrgicos realizados dentro do código principal deverão ser observados e considerados. |  |                |                                                            |            |              |                       |

| 37º TA HEVV – AGOSTO A SETEMBRO/2025                                                                                                               |              |             |                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|----------------|--|
| OPME's PADRONIZADAS/ RECURSO FEDERAL                                                                                                               |              |             |                |  |
| Forma de Organização / Código do Procedimento                                                                                                      | MÉDIA MENSAL | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL    |  |
| 070201 OPME em Neurocirurgia                                                                                                                       | 1            | R\$ 525,02  | R\$ 525,02     |  |
| 07.02.07.004-1 - Esfera de Muller                                                                                                                  | 1            | R\$ 60,00   | R\$ 60,00      |  |
| 07.02.07.005-0 - Tubo de Drenagem para Glaucoma                                                                                                    | 4            | R\$ 800,00  | R\$ 3.200,00   |  |
| 070203 OPME em Ortopédia                                                                                                                           | 6            | R\$ 76,93   | R\$ 461,58     |  |
| 070204 OPME em Assistência Cardiovascular                                                                                                          | 503          | R\$ 879,92  | R\$ 442.600,90 |  |
| 070205 OPME em Oncologia/ Cardiologia                                                                                                              | 276          | R\$ 169,46  | R\$ 46.772,03  |  |
| TOTAL                                                                                                                                              | 791          |             | R\$ 493.619,53 |  |
| Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. |              |             |                |  |



| 37ª TA HEVV – AGOSTO A SETEMBRO/2025                        |                                                                                                |            |                |                |  |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|----------------|--|
| OPME NÃO PADRONIZADA                                        |                                                                                                |            |                |                |  |
| Valores unitários conforme Portaria Nº 079-R, DE 21/07/2025 |                                                                                                |            |                |                |  |
| RECURSO ESTADUAL                                            |                                                                                                |            |                |                |  |
| ITEM NA TABELA                                              | DESCRIÇÃO                                                                                      | Quantidade | Valor Unitário | Valor/mês      |  |
| 1                                                           | FIO GUIA HIDROFÍLICO DE MÉDIA OU ALTA RIGIDEZ STIFF OU SUPER STIFF (DIÂMETRO 0.035" OU 0.038") | 27         | R\$ 350,00     | R\$ 9.450,00   |  |
| 3                                                           | INTRODUTOR CONTRA LATERAL                                                                      | 3          | R\$ 805,70     | R\$ 2.442,64   |  |
| 5                                                           | CATETER SUPORTE/APOIO/GUIA                                                                     | 22         | R\$ 450,00     | R\$ 9.900,00   |  |
| 6                                                           | CATETER PIG TAIL CENTIMENTRADO                                                                 | 4          | R\$ 700,00     | R\$ 2.800,00   |  |
| 12                                                          | DISPOSITIVO DE INSUFLAÇÃO                                                                      | 99         | R\$ 230,00     | R\$ 22.770,00  |  |
| 13                                                          | KIT RETIRADA DE FILTRO DE VEIA CAVA                                                            | 1          | R\$ 3.500,00   | R\$ 3.500,00   |  |
| 17                                                          | COLA CIRURGICA BIOLÓGICA (ATÉ 3ML)                                                             | 3          | R\$ 3.108,00   | R\$ 9.324,00   |  |
| 19                                                          | DISPOSITIVO DE FECHAMENTO VASCULAR POR SUTURA OU ANCORA BIOABSORVÍVEL DE COLÁGENO              | 2          | R\$ 1.000,00   | R\$ 2.000,00   |  |
| 24                                                          | FIO GUIA PARA TAVI/ TAVR                                                                       | 5          | R\$ 191,00     | R\$ 955,00     |  |
| 26                                                          | KIT SELANTE DE FIBRINA (FIBRINOGEN, APROTIN, TROMBINA) 5ML                                     | 1          | R\$ 1.521,02   | R\$ 1.521,02   |  |
| 27                                                          | TISSEEL VHSD TROMBINA FIBRINOGENIO APROTININAna                                                | 1          | R\$ 607,30     | R\$ 607,30     |  |
| 28                                                          | A ENDOPRÓTESE VASCULAR STENT-GRAFT (PRÓTESE COM STENT METÁLICO+ENXERTO SINTÉTICO               | 1          | R\$ 25.000,00  | R\$ 25.000,00  |  |
| 30                                                          | KIT PARA REALIZAÇÃO DE IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VÁLVULA AÓRTICA                                  | 5          | R\$ 25.000,00  | R\$ 125.000,00 |  |
| 40                                                          | PRÓTESE / STENT DE VIA BILIAR                                                                  | 1          | R\$ 300,00     | R\$ 300,00     |  |
| 67                                                          | FIBRA LASER (POR UTILIZAÇÃO)                                                                   | 55         | R\$ 2.200,00   | R\$ 121.000,00 |  |
| TOTAL                                                       |                                                                                                | 230        |                | R\$ 336.569,96 |  |

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. \*

\* Obs. 4 Considerando a Portaria GM/MS 3.414, de 09 de abril de 2024, que trata da habilitação do HEVV para realizar o procedimento de TAVI, o valor do código 30 - Kit Para Realização de Implante Percutâneo de Válvula Aórtica dos Tipos Sapien 3®\* e Myval®\* estão sendo deduzido o valor de contrapartida federal de R\$ 57.000,00, de acordo com a habilitação do Hospital. Em situações em que não sejam possível a realização do faturamento do procedimento de TAVI, através da base federal, o procedimento deverá ser remunerado da fonte Estadual.

| 37º TA HEVV – AGOSTO A SETEMBRO/2025                        |                |                                                                                  |            |              |              |                |
|-------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|--------------|----------------|
| TABELA SUS CAPIXABA                                         |                |                                                                                  |            |              |              |                |
| Valores unitários conforme Portaria Nº 126-R, DE 23/11/2023 |                |                                                                                  |            |              |              |                |
| RECURSO ESTADUAL                                            |                |                                                                                  |            |              |              |                |
| ITEM NA PORTARIA                                            | CÓDIGO         | PROCEDIMENTO                                                                     | QUANTIDADE | T-SUS        | VALOR COMP   | TOTAL          |
| 6                                                           | 02.11.06.017-8 | Retinografia Colorida Binocular                                                  | 780        | R\$ 24,68    | R\$ 35,32    | R\$ 27.549,60  |
| 7                                                           | 02.11.06.018-6 | Retinografia Fluorescente Binocular                                              | 100        | R\$ 64,00    | R\$ 146,00   | R\$ 14.600,00  |
| 25                                                          | 03.03.05.001-2 | Consulta de Acompanhamento e Avaliação de Glaucoma por Fundoscopia e Tonometria  | 1.115      | R\$ 17,74    | R\$ 35,74    | R\$ 39.849,88  |
| 14                                                          | 04.05.01.003-6 | Dacriocistorrinostomia                                                           | 2          | R\$ 681,87   | R\$ 1.542,81 | R\$ 3.085,62   |
| 15                                                          | 04.05.01.004-4 | Drenagem de Abscesso de Pálpebra                                                 | 2          | R\$ 22,93    | R\$ 239,66   | R\$ 479,32     |
| 16                                                          | 04.05.01.005-2 | Epilação a Laser                                                                 | 2          | R\$ 45,00    | R\$ 67,14    | R\$ 134,28     |
| 17                                                          | 04.05.01.006-0 | Epilação de Cílios                                                               | 2          | R\$ 22,93    | R\$ 569,45   | R\$ 1.138,90   |
| 18                                                          | 04.05.01.007-9 | Exerese de Calázio e outras Pequenas Lesões da Pálpebra e Supercílios            | 3          | R\$ 78,75    | R\$ 138,50   | R\$ 415,50     |
| 19                                                          | 04.05.01.008-7 | Extirpação de Glândula Lacrimal                                                  | 2          | R\$ 577,44   | R\$ 450,06   | R\$ 900,12     |
| 20                                                          | 04.05.01.010-9 | Oclusão de Ponto Lacrimal                                                        | 2          | R\$ 19,14    | R\$ 232,19   | R\$ 464,38     |
| 21                                                          | 04.05.01.014-1 | Simblefaroplastia                                                                | 2          | R\$ 203,74   | R\$ 1.021,26 | R\$ 2.042,52   |
| 22                                                          | 04.05.01.016-8 | Sondagem de Vias Lacrimais                                                       | 2          | R\$ 22,93    | R\$ 178,85   | R\$ 357,70     |
| 23                                                          | 04.05.01.018-4 | Tratamento Cirúrgico de Blefarocalase                                            | 2          | R\$ 95,42    | R\$ 3.367,90 | R\$ 6.735,80   |
| 1                                                           | 04.05.03.014-2 | Vitrectomia Posterior                                                            | 83         | R\$ 2.667,29 | R\$ 3.603,71 | R\$ 299.107,93 |
| 2                                                           | 04.05.03.016-9 | Vitrectomia Posterior com Infusão de Perfluocarbono e Endolaser                  | 2          | R\$ 4.183,12 | R\$ 2.815,88 | R\$ 5.631,76   |
| 3                                                           | 04.05.03.017-7 | Vitrectomia Posterior com Infusão de Perfluocarbono/ Óleo de Silicone/ Endolaser | 41         | R\$ 4.701,84 | R\$ 3.432,16 | R\$ 140.718,56 |

|           |                |                                                               |             |              |              |                       |
|-----------|----------------|---------------------------------------------------------------|-------------|--------------|--------------|-----------------------|
| <b>12</b> | 04.05.05.002-0 | Capsulotomia a Yag Laser                                      | 434         | R\$ 112,77   | R\$ 37,23    | R\$ 16.157,82         |
| <b>24</b> | 04.05.05.008-9 | Exerese de Tumor de Conjuntiva                                | 8           | R\$ 82,28    | R\$ 350,62   | R\$ 2.804,96          |
| <b>10</b> | 04.05.05.013-5 | Implante de Prótese Antiglaucomatosa                          | 4           | R\$ 873,61   | R\$ 873,61   | R\$ 3.494,44          |
| <b>8</b>  | 04.05.05.014-3 | Implante Intraestromal                                        | 2           | R\$ 1.083,55 | R\$ 1.083,55 | R\$ 2.167,10          |
| <b>5</b>  | 04.05.05.036-4 | Tratamento Cirúrgico de Pterígio                              | 280         | R\$ 209,55   | R\$ 330,15   | R\$ 92.442,00         |
| <b>4</b>  | 04.05.05.037-2 | Facoemulsificação com Implante de Lente Intra-Ocular Dobrável | 880         | R\$ 771,60   | R\$ 214,95   | R\$ 189.156,00        |
| <b>9</b>  | 04.05.05.040-2 | Radiação para Cross Linking Corneano                          | 2           | R\$ 372,72   | R\$ 372,72   | R\$ 745,44            |
| <b>13</b> | 07.02.07.004-1 | Esféra de Müller                                              | 1           | R\$ 60,00    | R\$ 7.101,50 | R\$ 7.101,50          |
| <b>11</b> | 07.02.07.005-0 | Tubo de Drenagem para Glaucoma                                | 4           | R\$ 800,00   | R\$ 6.053,78 | R\$ 24.215,12         |
|           |                | <b>TOTAL</b>                                                  | <b>3757</b> |              |              | <b>R\$ 881.496,25</b> |

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 Para casos em que o procedimento principal for Múltipla ou Sequenciais, Subgrupo 0415, os procedimentos cirúrgicos realizados dentro do código principal deverão ser observados e considerados.

37º TA HEVV – AGOSTO A SETEMBRO/2025

**FAEC AMBULATORIAL**

| RECURSO FEDERAL                               |                                                 |                                                                                        |                                 |                                                                                                                                                                        |                          |                   |                                 |              |                |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|---------------------------------|--------------|----------------|
| Grupo                                         | Subgrupo                                        | Forma Organizacional                                                                   | Código do Procedimento          | Procedimento                                                                                                                                                           | Oferta Mensal Contratual | Mensal            |                                 |              |                |
|                                               |                                                 |                                                                                        |                                 |                                                                                                                                                                        |                          | Quantidade 1º Vez | Quantidade autogestão (retorno) | Valor Unit.  | Valor/mês      |
| 02 - Procedimentos com Finalidade Diagnóstica | 11 - Métodos Diagnósticos em Especialidades     | 06 - Diagnóstico em Oftalmologia                                                       | 02.11.06.028-3                  | Tomografia de Coerência Óptica                                                                                                                                         | 650                      | 200               | 450                             | R\$ 48,00    | R\$ 31.200,00  |
|                                               | 01 - Consultas/ atendimentos acompanhamentos    | 12 - Atendimento/ acompanhamento de diagnóstico de doenças endócrinas (pós bariátrica) | 03.01.12.005-6                  | Acompanhamento de Paciente Pós-cirurgia Bariátrica por equipe Multiprofissional                                                                                        | 50                       | 0                 | 50                              | R\$ 40,00    | R\$ 2.000,00   |
| 03 - Procedimentos Clínicos                   | 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                                                                                                  | 650                      | 0                 | 650                             | R\$ 627,28   | R\$ 407.732,00 |
|                                               | 04- Tratamento em Oncologia                     | 03 - Quimiot Cont Temp Doença Adulto                                                   | 03.04.03.025-2                  | Quimioterapia de Mieloma Múltiplo - 1ª linha                                                                                                                           | 13                       | 0                 | 13                              | R\$ 5.226,46 | R\$ 67.943,92  |
|                                               | 04- Tratamento em Oncologia                     | 03 - Quimiot Cont Temp Doença Adulto                                                   | 03.04.03.026-0                  | Quimioterapia de Mieloma Múltiplo – 2ª linha                                                                                                                           | 1                        | 0                 | 1                               | R\$ 5.226,46 | R\$ 5.226,46   |
|                                               | 09 - Terapias Especializadas                    | 07 - Angiologia                                                                        | 03.09.07.001-5 / 03.09.07.002-3 | Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros Inferiores (Unilateral) Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros Inferiores (Bilateral) | 50                       | 0                 | 50                              | R\$ 300,78   | R\$ 15.039,00  |

**RECURSO FEDERAL**

**Mensal**

**Quantidade 1º Vez**

**Quantidade autogestão (retorno)**

**Valor Unit.**

**Valor/mês**

|                                              |                                                   |                                                                                           |                |                                                                                      |    |   |    |              |               |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----|---|----|--------------|---------------|
| 05- Transplante de órgãos, tecidos e células | 01- Coleta e exames para fins de doação de órgãos | 05 - Exames imunogenéticos/histo compatibilidade para identificação de receptor de órgãos | 05.01.05.004-3 | Exames de pacientes em Lista de espera para Transplantes                             | 35 | 0 | 35 | R\$ 340,20   | R\$ 11.907,00 |
|                                              |                                                   |                                                                                           | 05.01.07.002-8 | Sorologia de possível doador de órgão ou tecido exceto Córnea                        | 5  | 0 | 5  | R\$ 186,00   | R\$ 930,00    |
|                                              |                                                   |                                                                                           | 05.01.07.004-4 | - Exames para a inclusão em lista de candidatos a transplante de coração             | 5  | 0 | 5  | R\$ 2.468,83 | R\$ 12.344,15 |
|                                              |                                                   |                                                                                           | 05.01.07.005-2 | Exames para inclusão em lista de candidatos a Transplante de Fígado                  | 5  | 0 | 5  | R\$ 2.466,00 | R\$ 12.330,00 |
|                                              |                                                   |                                                                                           | 05.01.07.006-0 | Exames para inclusão em lista de Candidatos a transplante de Pâncreas, Pulmão ou Rim | 5  | 0 | 5  | R\$ 1.165,11 | R\$ 5.825,55  |
|                                              |                                                   |                                                                                           | 05.01.07.008-7 | Exames para investigação Clínica no doador vivo de Rim, Fígado ou Pulmão - 1ª Fase   | 1  | 0 | 1  | R\$ 184,50   | R\$ 184,50    |
|                                              |                                                   |                                                                                           | 05.01.08.003-1 | Dosagem de Ciclosporina (em paciente transplantado)                                  | 7  | 0 | 7  | R\$ 52,33    | R\$ 366,31    |
|                                              |                                                   |                                                                                           | 05.01.08.001-5 | Biopsia E Exame Anatomo-Citopatológico Em Paciente Transplantado                     | 8  | 0 | 8  | R\$ 35,00    | R\$ 280,00    |
|                                              |                                                   |                                                                                           | 05.01.08.004-0 | Dosagem de Sirolimo (em paciente transplantado)                                      | 27 | 0 | 27 | R\$ 52,33    | R\$ 1.412,91  |
|                                              |                                                   |                                                                                           | 05.01.08.005-8 | Dosagem de Tacrolimo (em paciente transplantado)                                     | 50 | 0 | 50 | R\$ 52,33    | R\$ 2.616,50  |
|                                              |                                                   |                                                                                           | 05.01.08.006-6 | Exames de radiologia em paciente transplantado                                       | 10 | 0 | 10 | R\$ 25,00    | R\$ 250,00    |
|                                              |                                                   |                                                                                           | 05.01.08.007-4 | Exames microbiológicos em paciente transplantado                                     | 5  | 0 | 5  | R\$ 15,00    | R\$ 75,00     |
|                                              |                                                   |                                                                                           | 05.01.08.009-0 | Ultrassonografia de órgão transplantado                                              | 5  | 0 | 5  | R\$ 12,00    | R\$ 60,00     |

|                                                                      |                                                                    |                                                                           |                |                                                                                                                         |     |   |     |            |               |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|-----|------------|---------------|
|                                                                      |                                                                    |                                                                           | 05.01.08.010-4 | Dosagem de Everolimo em paciente transplantado                                                                          | 30  | 0 | 30  | R\$ 52,33  | R\$ 1.569,90  |
| 03- Ações Relacionadas a Doação De Órgãos E Tecidos Para Transplante | 03- Manutenção e retirada de órgãos e tecido para transplante      | 04- Ações complementares destinadas a doação de órgãos, tecidos e células | 05.03.03.005-8 | Retirada de Globo Ocular UNI / Bilateral (para Transplante)                                                             | 17  | 0 | 17  | R\$ 322,38 | R\$ 5.480,46  |
|                                                                      |                                                                    |                                                                           | 05.03.04.006-1 | Entrevista Familiar para Doação de Tecidos de Doadores com Coração Parado                                               | 2   | 0 | 2   | R\$ 672,00 | R\$ 1.344,00  |
| 04 - Processamento de tecidos para transplante                       | 01-Processamento de córnea/esclera                                 |                                                                           | 05.04.01.001-8 | 01 - Processamento de córnea/esclera-0018 - Contagem de celular - <b>Banco de Olhos</b>                                 | 30  | 0 | 30  | R\$ 64,80  | R\$ 1.944,00  |
|                                                                      |                                                                    |                                                                           | 05.04.01.002-6 | 01 - Processamento de córnea/esclera 0026- - <b>Banco de Olhos</b>                                                      | 15  | 0 | 15  | R\$ 0,00   | R\$ 0,00      |
|                                                                      |                                                                    |                                                                           | 05.04.01.003-4 | 01 - Processamento de córnea/esclera-0034- separação e avaliação biomicroscópica <b>Banco de Olhos</b>                  | 30  | 0 | 30  | R\$ 367,20 | R\$ 11.016,00 |
| 06 - Acompanhamento de o e intercorrências pos transplante           | 01 - Acompanhamento de paciente no pré e pós transplante de órgãos |                                                                           | 05.06.01.001-5 | Acompanhamento de paciente pós-transplante de córnea                                                                    | 18  | 0 | 18  | R\$ 115,00 | R\$ 2.070,00  |
|                                                                      |                                                                    |                                                                           | 05.06.01.003-1 | Acompanhamento de Doador Vivo Pós-Doação de Fígado, Pulmão ou Rim                                                       | 0   | 0 | 0   | R\$ 216,00 | R\$ 0,00      |
|                                                                      |                                                                    |                                                                           | 05.06.01.004-0 | Acompanhamento de Pacientes no Pré Transplante de Órgãos                                                                | 0   | 0 | 0   | R\$ 216,00 | R\$ 0,00      |
|                                                                      |                                                                    |                                                                           | 05.06.01.005-8 | Avaliação do possível doador falecido de Órgãos ou tecidos para transplante                                             | 2   | 0 | 2   | R\$ 215,00 | R\$ 430,00    |
|                                                                      |                                                                    |                                                                           | 05.06.01.002-3 | Acompanhamento de Paciente Pós-Transplante de Rim, Fígado, Coração, Pulmão, Células-Tronco Hematopoéticas e/ou Pâncreas | 0   | 0 | 0   | R\$ 216,00 | R\$ 0,00      |
|                                                                      |                                                                    |                                                                           | 05.06.01.010-4 | Acompanhamento de paciente pós-transplante de rim                                                                       | 105 | 0 | 105 | R\$ 135,00 | R\$ 14.175,00 |



|                                                                                                                                                    |                                                                            |                            |                |                                                           |    |   |    |            |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------|----|---|----|------------|---------------|
| DECLARAÇÃO DE ESTIMADO DE CUSTOS                                                                                                                   |                                                                            |                            |                |                                                           |    |   |    |            |               |
|                                                                                                                                                    |                                                                            |                            | 05.06.01.011-2 | Acompanhamento de paciente pós-transplante de fígado      | 6  | 0 | 6  | R\$ 135,00 | R\$ 810,00    |
|                                                                                                                                                    |                                                                            |                            | 05.06.01.013-9 | Acompanhamento de paciente pós-transplante de coração     | 2  | 0 | 2  | R\$ 135,00 | R\$ 270,00    |
|                                                                                                                                                    |                                                                            |                            | 05.06.01.014-7 | Acompanhamento de doador vivo pós-doação de rim           | 4  | 0 | 4  | R\$ 135,00 | R\$ 540,00    |
|                                                                                                                                                    |                                                                            |                            | 05.06.01.015-5 | Acompanhamento de doador vivo pós-doação de fígado        | 6  | 0 | 6  | R\$ 135,00 | R\$ 810,00    |
|                                                                                                                                                    |                                                                            |                            | 05.06.01.018-0 | Acompanhamento de pacientes no pré-transplante de rim     | 86 | 0 | 86 | R\$ 135,00 | R\$ 11.610,00 |
|                                                                                                                                                    |                                                                            |                            | 05.06.01.019-8 | Acompanhamento de pacientes no pré-transplante de fígado  | 6  | 0 | 6  | R\$ 135,00 | R\$ 810,00    |
|                                                                                                                                                    |                                                                            |                            | 05.06.01.021-0 | Acompanhamento de pacientes no pré-transplante de coração | 2  | 0 | 2  | R\$ 135,00 | R\$ 270,00    |
| 07 - OPME                                                                                                                                          | 02 - Órteses, próteses e materiais especiais relacionadas ao ato cirúrgico | 12 - OPM para transplantes | 07.02.12.006-5 | Líquido de Preservação para Transplante da Córnea (20ml)  | 32 | 0 | 32 | R\$ 148,00 | R\$ 4.736,00  |
|                                                                                                                                                    |                                                                            |                            | TOTAL          |                                                           |    |   |    |            |               |
| Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. |                                                                            |                            |                |                                                           |    |   |    |            |               |



**FAEC HOSPITALAR**

**HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA**

**RECURSO FEDERAL**

**Mensal**

| Grupo                               | Subgrupo                                                                             | Forma Organizacional                                                                                                                    | Quantidade | Valor Unitário | Valor/mês      |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|----------------|
| <b>4 - Procedimentos Cirúrgicos</b> | 06 - Cirurgia do Aparelho Circulatorio                                               | 01 - Cirurgia cardiovascular                                                                                                            | 30         | R\$ 23.706,74  | R\$ 711.202,28 |
|                                     |                                                                                      | 03 - Angioplastia Coronariana Primária                                                                                                  | 30         | R\$ 7.560,77   | R\$ 226.823,10 |
|                                     |                                                                                      | 04.06.03 - Implante Percutâneo de Válvula Aórtica (Tavi), Por Via Transfemoral                                                          | 5          | R\$ 57.000,00  | R\$ 285.000,00 |
|                                     |                                                                                      | 04 - Correção Endovascular                                                                                                              | 2          | R\$ 20.951,45  | R\$ 41.902,91  |
|                                     | 07 - Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal                | 01 - Esôfago, estômago e duodeno                                                                                                        | 28         | R\$ 6.019,49   | R\$ 168.545,72 |
|                                     |                                                                                      | 04.07.03.025-5 - Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica terapêutica                                                             | 3          | R\$ 2.023,53   | R\$ 6.070,59   |
|                                     | 13 - Cirurgia reparadora                                                             | 04 - Outras cirurgias plásticas/reparadora                                                                                              | 2          | R\$ 864,50     | R\$ 1.729,00   |
|                                     | 15- Outras cirurgias                                                                 | 01- Múltiplas                                                                                                                           | 5          | R\$ 6.402,36   | R\$ 32.011,80  |
|                                     | 01-Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante | 04 - Exames imunogenéticos / histocompatibilidade para identificação de doador de órgãos 002-1 identificação de doador cadáver de rim   | 1          | R\$ 350,00     | R\$ 350,00     |
|                                     |                                                                                      | 06 - Exames gráficos ou por imagem para diagnóstico de morte encefálica- 001-4- angiografia cerebral p/ diagnostico de morte encefálica | 1          | R\$ 350,00     | R\$ 350,00     |
|                                     |                                                                                      | 06 - Exame complementar para diagnóstico de morte encefálica (eletroencefalograma beira de leito)                                       | 1          | R\$ 600,00     | R\$ 600,00     |

| 05 -<br>Transplante de<br>órgãos, tecidos e células                         | 02- Avaliação de morte<br>encefálica | 07 - outros exames complementares p/ doação,<br>tecidos e células - 002-8 sorologia de possível<br>doador de órgão ou tecido exceto córnea                                       | 1 | R\$ 186,00   | R\$ 186,00    |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------|---------------|
|                                                                             |                                      |                                                                                                                                                                                  |   |              |               |
| 03 - Ações Relacionadas a<br>doação de órgãos e tecidos<br>para transplante | 02- Avaliação de morte<br>encefálica | 01 - Avaliação clínica de morte encefálica-<br><b>CIHDOTT</b>                                                                                                                    | 1 | R\$ 170,00   | R\$ 170,00    |
|                                                                             |                                      | 01 - Ações relacionadas a doação de órgãos                                                                                                                                       | 5 | R\$ 859,27   | R\$ 4.296,35  |
|                                                                             |                                      | 01 - Ações relacionadas a doações de órgãos e<br>tecidos realizadas por equipe de outro<br>estabelecimento                                                                       | 1 | R\$ 2.348,79 | R\$ 2.348,79  |
|                                                                             |                                      | 02 - Cirurgias para transplante - doador vivo -<br><b>CIHDOTT</b>                                                                                                                | 1 | R\$ 2.187,25 | R\$ 2.187,25  |
|                                                                             |                                      | 03 - Manutenção e retirada de órgãos e tecidos<br>para transplante-008-2 -retirada uni/bilateral de<br>rim - doador cadáver - <b>CIHDOTT</b>                                     | 1 | R\$ 1.872,00 | R\$ 1.872,00  |
|                                                                             |                                      | 03 - Manutenção e retirada de órgãos e tecidos<br>para transplante-001-5 -manutenção<br>hemodinâmica de possível doador e taxa de sala p/<br>retirada de órgãos - <b>CIHDOTT</b> | 1 | R\$ 1.440,00 | R\$ 1.440,00  |
|                                                                             |                                      | 03 - Manutenção e retirada de órgãos e tecidos<br>para transplante-0058- retirada de globo ocular<br>uni/bilateral- <b>Banco de Olhos</b>                                        | 1 | R\$ 322,38   | R\$ 322,38    |
|                                                                             |                                      | 03 - Retirada de coração p/ processamento de<br>válvula/tubo valvado p/ transplante                                                                                              | 1 | R\$ 416,00   | R\$ 416,00    |
|                                                                             |                                      | 03 - Retirada de coração para transplante                                                                                                                                        | 1 | R\$ 1.872,00 | R\$ 1.872,00  |
|                                                                             |                                      | 05.03.03.004-0 - Retirada de fígado (para<br>transplante)                                                                                                                        | 4 | R\$ 3.744,00 | R\$ 14.976,00 |
|                                                                             |                                      | 05.03.04.002-9 - Deslocamento interestadual de<br>equipe profissional p/ retirada de órgãos                                                                                      | 4 | R\$ 1.440,00 | R\$ 5.760,00  |
|                                                                             |                                      | 05.03.04.003-7 - Deslocamento de equipe<br>profissional p/ retirada de órgãos - intermunicipal                                                                                   | 4 | R\$ 720,00   | R\$ 2.880,00  |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                             |    |              |               |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------|---------------|
|  | 04 - Ações complementares destinadas a doações de órgãos, tecidos e células - 005-3 entrevista familiar p/ doação de órgãos de doadores em morte encefálica/006-1 entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado- <b>CIHDOTT</b> | 1  | R\$ 672,00   | R\$ 672,00    |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                             | 1  | R\$ 672,00   | R\$ 672,00    |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                             | 1  | R\$ 508,63   | R\$ 508,63    |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                             | 1  | R\$ 640,00   | R\$ 640,00    |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                             | 1  | R\$ 720,00   | R\$ 720,00    |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                             | 2  | R\$ 1.741,00 | R\$ 3.482,00  |
|  | 04 - Processamento de tecidos para transplante                                                                                                                                                                                                              |    |              |               |
|  | 05 - Transplante de órgãos, tecidos e células                                                                                                                                                                                                               |    |              |               |
|  | 02 - Processamento de tecido osteofaciocondrogigamentoso humano - Transplante de ossos                                                                                                                                                                      |    |              |               |
|  | 01 - Transplante de tecidos e células - 0097 - Transplante de córnea                                                                                                                                                                                        | 12 | R\$ 1.969,09 | R\$ 23.629,08 |

|                                                      |                                                                                                                                                    |                                                                                                  |     |                |                  |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------|------------------|
| 07 - Órteses, próteses e materiais especiais         | 06- Acompanhamento e intercorrência no pré e pós transplante                                                                                       | 01 - Transplante de tecidos e células - 0127- transplante de esclera                             | 1   | R\$ 776,80     | R\$ 776,80       |
|                                                      |                                                                                                                                                    | 01.013-5 - Transplante de Córnea (Em Cirurgias Combinadas ou em Re-operações)                    | 3   | R\$ 2.070,00   | R\$ 6.210,00     |
|                                                      |                                                                                                                                                    | 05.05.02.005-0 - Transplante de FígadoADO (Órgão de doador falecido)                             | 2   | R\$ 110.142,22 | R\$ 220.284,45   |
|                                                      |                                                                                                                                                    | 02 - Transplante de órgãos - rim                                                                 | 4   | R\$ 44.196,27  | R\$ 176.785,09   |
|                                                      | 02 - Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico                                                                         | 02 - Intercorrência pós transplantes                                                             | 2   | R\$ 2.712,88   | R\$ 5.425,76     |
|                                                      |                                                                                                                                                    | 05.06.02.009-6 - Tratamento de intercorrência pós transplante de fígado- pós transplante crítico | 2   | R\$ 611,90     | R\$ 1.223,81     |
|                                                      |                                                                                                                                                    | 07.02.12.002-2 - Líquido de preservação de fígado p/ transplante (litro)                         | 24  | R\$ 615,00     | R\$ 14.760,00    |
|                                                      | TOTAL                                                                                                                                              | 12 - Líquido de preservação de coração p/ transplante - litro                                    | 4   | R\$ 350,00     | R\$ 1.400,00     |
|                                                      |                                                                                                                                                    |                                                                                                  | 195 |                | R\$ 1.970.501,78 |
|                                                      | Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. |                                                                                                  |     |                |                  |
| 02 - Transplante de coração                          |                                                                                                                                                    |                                                                                                  | 1   | R\$ 37.052,00  | R\$ 37.052,00    |
| Em separado para programar 01 proced. a cada 3 meses |                                                                                                                                                    |                                                                                                  |     |                |                  |

| 37º TA HEVV – AGOSTO A SETEMBRO/2025 |                               |                           |                                                                                                                                                      |                  |                |                |
|--------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|----------------|
| FAEC TRS                             |                               |                           |                                                                                                                                                      |                  |                |                |
| RECURSO FEDERAL                      |                               |                           |                                                                                                                                                      |                  |                |                |
| Grupo                                | Subgrupo                      | Forma Organizacional      | Procedimento                                                                                                                                         | Quantidade / Mês | Valor Unitário | Valor Mês      |
| 03 -<br>Procedimentos<br>Clínicos    | 05 - Tratamento em nefrologia | 01 - Tratamento Dialítico | 03.05.01.009-3 - Hemodiálise (Máximo 1 Sessão por Semana - Excepcionalidade)                                                                         | 20               | R\$ 240,97     | R\$ 4.819,40   |
|                                      |                               |                           | 03.05.01.010-7 - Hemodiálise (Máximo 3 vezes por semana)                                                                                             | 1682             | R\$ 240,97     | R\$ 405.311,54 |
|                                      |                               |                           | 03.05.01.011-5 - Hemodiálise em Paciente com Sorologia Positiva para HIV e/ou Hepatite B e/ou Hepatite C (Máximo 3 Sessões por Semana)               | 67               | R\$ 325,98     | R\$ 21.840,66  |
|                                      |                               |                           | 03.05.01.012-3 - Hemodiálise em Paciente com Sorologia Positiva para HIV e/ou Hepatite B e/ou Hepatite C (Excepcionalidade - Máximo 1 Sessão/Semana) | 2                | R\$ 325,98     | R\$ 651,96     |
|                                      |                               |                           | 03.05.01.016-6 - Manutenção e Acompanhamento Domiciliar de Paciente submetido a DPA /DPAC                                                            | 50               | R\$ 358,06     | R\$ 17.903,00  |
| 04 -<br>Procedimentos<br>cirúrgicos  | 18 - Cirurgias em nefrologia  | 01 - Acessos para diálise | 03.05.01.018-2 - Treinamento de paciente submetido a Dialise Peritoneal - DPAC-DPA (9 dias)                                                          | 10               | R\$ 55,13      | R\$ 551,30     |
|                                      |                               |                           | 04.18.01.003-0 - Confecção de Fístula Artério-venosa p/ Hemodiálise                                                                                  | 11               | R\$ 600,00     | R\$ 6.600,00   |
|                                      |                               |                           | 04.18.01.004-8 - Implante de Cateter de Longa Permanência p/ Hemodiálise                                                                             | 2                | R\$ 200,00     | R\$ 400,00     |
|                                      |                               |                           | 04.18.01.006-4 - Implante de Cateter Duplo Lumen p/ Hemodiálise                                                                                      | 25               | R\$ 115,81     | R\$ 2.895,25   |
|                                      |                               |                           | 04.18.01.008-0 - Implante de Cateter tipo Tenckhoff ou similar p/ DPA/DPAC                                                                           | 2                | R\$ 400,00     | R\$ 800,00     |
|                                      |                               | 02- Intervenções          | 04.18.02.001-9 - Intervenção em Fístula Artério-venosa                                                                                               | 1                | R\$ 600,00     | R\$ 600,00     |

RECURSO FEDERAL

FAEC TRS

37º TA HEVV – AGOSTO A SETEMBRO/2025

03 -  
Procedimentos  
Clínicos

04 -  
Procedimentos  
cirúrgicos

05 - Tratamento  
em nefrologia

18 - Cirurgias em  
nefrologia

01 - Tratamento  
Dialítico

01 - Acessos para  
diálise

02- Intervenções

03.05.01.009-3 - Hemodiálise (Máximo 1 Sessão por  
Semana - Excepcionalidade)

03.05.01.010-7 - Hemodiálise (Máximo 3 vezes por  
semana)

03.05.01.011-5 - Hemodiálise em Paciente com  
Sorologia Positiva para HIV e/ou Hepatite B e/ou  
Hepatite C (Máximo 3 Sessões por Semana)

03.05.01.012-3 - Hemodiálise em Paciente com  
Sorologia Positiva para HIV e/ou Hepatite B e/ou  
Hepatite C (Excepcionalidade - Máximo 1  
Sessão/Semana)

03.05.01.016-6 - Manutenção e Acompanhamento  
Domiciliar de Paciente submetido a DPA /DPAC

03.05.01.018-2 - Treinamento de paciente submetido a  
Dialise Peritoneal - DPAC-DPA (9 dias)

04.18.01.003-0 - Confecção de Fístula Artério-venosa p/  
Hemodiálise

04.18.01.004-8 - Implante de Cateter de Longa  
Permanência p/ Hemodiálise

04.18.01.006-4 - Implante de Cateter Duplo Lumen p/  
Hemodiálise

04.18.01.008-0 - Implante de Cateter tipo Tenckhoff ou  
similar p/ DPA/DPAC

04.18.02.001-9 - Intervenção em Fístula Artério-venosa

|                                                                                                                                                    |                                                                                          |                                         |                                                                                                                                         |      |              |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------|----------------|
|                                                                                                                                                    |                                                                                          | cirúrgicas em<br>acesso para<br>diálise | 04.18.02.003-5 - Retirada de Cateter tipo Tenckhoff ou<br>similar de longa permanência                                                  | 1    | R\$ 400,00   | R\$ 400,00     |
| 07 - Órtese e<br>próteses<br>materiais<br>especiais                                                                                                | 02 - Órteses,<br>prótese e<br>materiais<br>especiais<br>relacionados ao<br>ato cirúrgico | 10- OPM em<br>Nefrologia                | 07.02.10.002-1 - Cateter p/ Subclávia Duplo Lúmen p/<br>Hemodiálise                                                                     | 25   | R\$ 64,76    | R\$ 1.619,00   |
|                                                                                                                                                    |                                                                                          |                                         | 07.02.10.001-3 - Cateter de Longa Permanência P/<br>Hemodiálise                                                                         | 1    | R\$ 482,34   | R\$ 482,34     |
|                                                                                                                                                    |                                                                                          |                                         | 07.02.10.003-0 - Cateter tipo Tenckhoff / similar de<br>longa permanência p/ DPI/DPAC/DPA                                               | 1    | R\$ 149,75   | R\$ 149,75     |
|                                                                                                                                                    |                                                                                          |                                         | 07.02.10.004-8 - Conj. Troca p/DPA (Paciente/mês c/<br>instalação domiciliar e manutenção da máquina<br>cicladora)                      | 46   | R\$ 2.984,56 | R\$ 137.289,76 |
|                                                                                                                                                    |                                                                                          |                                         | 0702100056 - Conjunto de troca para paciente submetido<br>a DPA (paciente-15 dias com instalação domiciliar e<br>manutenção de máquina) | 2    | R\$ 1.255,74 | R\$ 2.511,48   |
|                                                                                                                                                    |                                                                                          |                                         | 07.02.10.006-4 - Conjunto de Troca p/ Paciente<br>submetido a DPAC (paciente -mês) Correspondente a<br>120 unidades                     | 1    | R\$ 2.354,17 | R\$ 2.354,17   |
|                                                                                                                                                    |                                                                                          |                                         | 07.02.10.007-2 - Conjunto De Troca P/ Treinamento De<br>Paciente Submetido A DPA / DPAC (9 dias)<br>Correspondente A 36 Unidades        | 2    | R\$ 609,39   | R\$ 1.218,78   |
|                                                                                                                                                    |                                                                                          |                                         | 07.02.10.009-9 - Dilatador p/ Implante de Cateter Duplo<br>Lúmen                                                                        | 26   | R\$ 21,59    | R\$ 561,34     |
|                                                                                                                                                    |                                                                                          |                                         | 07.02.10.010-2 - Guia Metálico p/ Introdução de Cateter<br>Duplo Lúmen                                                                  | 24   | R\$ 15,41    | R\$ 369,84     |
|                                                                                                                                                    |                                                                                          |                                         | TOTAL                                                                                                                                   | 2001 |              | R\$ 609.329,57 |
| Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. |                                                                                          |                                         |                                                                                                                                         |      |              |                |

| PROGRAMAÇÃO MENSAL 2025 - AGOSTO A SETEMBRO/2025 |                                                                                 |                 |                                                               |                                  |                |                                                   |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------|---------------------------------------------------|
| CIRURGIAS ELEATIVAS                              |                                                                                 |                 |                                                               |                                  |                |                                                   |
| HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA                |                                                                                 |                 |                                                               |                                  |                |                                                   |
| Código                                           | Procedimento                                                                    | Valor<br>SIGTAP | Complementação Federal<br>(Port GM MS nº 2.324<br>06/12/2024) | QTD/PROCED. (Maio a<br>Dezembro) | VALOR TOTAL    | %                                                 |
| 04.05.03.017-7                                   | Vitrectomia posterior com infusão de perfluorcarbono/óleo de silicone/endolaser | R\$ 4.701,84    | R\$ 4.701,84                                                  | 41                               | R\$ 192.775,44 | 0% Complementação PT GM<br>MS nº 2.324 06/12/2024 |
| 04.05.02.002-3                                   | Correção cirúrgica do estrabismo (até 2 músculos)                               | R\$ 1.167,82    | R\$ 2.335,64                                                  | 3                                | R\$ 7.006,92   | 100%                                              |
| 04.05.020015                                     | Correção cirúrgica do estrabismo (acima 2 músculos)                             | R\$ 1.661,76    | R\$ 1.661,76                                                  | 2                                | R\$ 3.323,52   | 0% Complementação PT GM<br>MS nº 2.324 06/12/2024 |
| 04.09.03.004-0                                   | Ressecção endoscópica de próstata                                               | R\$ 851,58      | R\$ 3.406,32                                                  | 6                                | R\$ 20.437,92  | 300%                                              |
| 04.16.12.004-0                                   | Ressecção de lesão não palpável de mama com marcação em oncologia (por mama)    | R\$ 1.498,64    | R\$ 5.994,56                                                  | 8                                | R\$ 47.956,48  | 300%                                              |
| 04.16.08.003-0                                   | Excisão e sutura com plástica em z na pele em oncologia                         | R\$ 396,18      | R\$ 1.584,72                                                  | 8                                | R\$ 12.677,76  | 300%                                              |
| 04.16.01.012-1                                   | Prostatectomia em oncologia                                                     | R\$ 3.983,29    | R\$ 15.933,16                                                 | 10                               | R\$ 159.331,60 | 300%                                              |
| 04.06.02.056-6                                   | Tratamento cirúrgico de varizes (bilateral)                                     | R\$ 833,48      | R\$ 3.333,92                                                  | 45                               | R\$ 150.026,40 | 300%                                              |
| 04.07.04.010-2                                   | Hernioplastia inguinal / crural (unilateral)                                    | R\$ 637,97      | R\$ 1.275,94                                                  | 36                               | R\$ 45.933,84  | 100%                                              |
| 04.07.03.003-4                                   | Colecistectomia videolaparoscópica                                              | R\$ 992,45      | R\$ 1.984,90                                                  | 30                               | R\$ 59.547,00  | 100%                                              |
| 04.01.02.005-3                                   | Excisão e sutura de lesão na pele com plástica em z ou rotação de retalho       | R\$ 356,81      | R\$ 713,62                                                    | 11                               | R\$ 7.849,82   | 100%                                              |
| 04.07.04.012-9                                   | Hernioplastia Umbilical                                                         | R\$ 434,99      | R\$ 869,98                                                    | 7                                | R\$ 6.089,86   | 100%                                              |
| 04.07.04.008-0                                   | Hernioplastia Incisional                                                        | R\$ 539,92      | R\$ 1.079,84                                                  | 7                                | R\$ 7.558,88   | 100%                                              |
| 04.09.01.023-5                                   | Nefrolitotomia Percutânea                                                       | R\$ 1.147,75    | R\$ 2.295,50                                                  | 5                                | R\$ 11.477,50  | 100%                                              |
| 04.09.01.059-6                                   | Ureterolitotripsia Transureteroscópica                                          | R\$ 756,15      | R\$ 1.512,30                                                  | 12                               | R\$ 18.147,60  | 100%                                              |
| TOTAL MENSAL                                     |                                                                                 |                 |                                                               | 231                              | R\$ 750.140,54 |                                                   |

| PISO DE ENFERMAGEM                                                                                    |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Portaria GM/MS 7.679 de 23 de JULHO 2025 – Piso de enfermagem -PARCELA<br>JULHO/2025- Recurso Federal | R\$ 706.351,44 |



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

### FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO SCORE

| DESCRIÇÃO                                                                  | META                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS</b>                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 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><b>Hospitais Estruturantes:</b><br/>           ONA nível I em 18 meses<br/>           ONA nível 2 em 30 meses,<br/>           ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter.</p> <p><b>Hospitais Estratégicos:</b><br/>           Certificação ONA 1 em 18 meses</p> <p><b>Hospitais de Apoio:</b><br/>           Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses.<br/>           Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma</p> |
| <b>2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS</b>                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial | <p>A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser <math>\geq 95\%</math> 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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 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"> <li>-Comissão de Revisão de Prontuário;</li> <li>-Comissão de Óbitos;</li> <li>-Comissão de Ética Médica;</li> <li>-Comissão de Ética em Enfermagem;</li> <li>-Comissão de Farmácia e Terapêutica;</li> <li>-Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);</li> <li>-Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                           | <p>(CIPA), quando couber;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);</li> <li>-Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino;</li> <li>-Comissão de Segurança do Paciente;</li> <li>-Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e</li> <li>-Grupo Técnico de Humanização (GTH).</li> </ul>                                                      |
| 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"> <li>-Identificação do Paciente;</li> <li>-Cirurgia Segura;</li> <li>-Prevenção de Úlcera de Pressão;</li> <li>-Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde;</li> <li>-Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos;</li> <li>-Prevenção de Quedas.</li> </ul>                                                                                                     |
| <b>4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO</b>                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 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"> <li>• <math>\geq 65\%</math> - 5,0 pontos;</li> <li>• 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos;</li> <li>• <math>\leq 61,99</math> – zero.</li> </ul> <p>OU</p> <p>Atingir índice do NPS 65:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SIM - 5,0 pontos;</li> <li>• NÃO – zero.</li> </ul> <p>OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a a ser monitorada.</p> |
| <b>5. ACESSO AO SISTEMA</b>                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 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.</p> <p>(Leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada                                                                        | <p>100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas no sistema de regulação.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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                                           | <p>Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas <math>\leq 8\%</math></p> <p>Atingir percentual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\leq 8,0\%</math> - 5,0 pontos;</li> <li>• 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos;</li> <li>• <math>\geq 10,0\%</math> – zero.</li> </ul> |
| <b>6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO</b>                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 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 <b>50%</b> 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**



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

Endereço Complementar

CENTRO DE ESPECIALIDADES DO HOSPITAL EVANGELICO DE VV

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

CARLOS LINDENBERG

5390

NOSSA SENHORA DA PEN

Uf

Município

Cep

29110286

21213721

E-mail

Data Ativação

08/06/2021

ES

VILA VELHA

| Serviço | Classificação | Tipo    |
|---------|---------------|---------|
| 131     | 001           | PROPRIO |
| 131     | 002           | PROPRIO |
| 131     | 003           | PROPRIO |

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 > 005 - CONCESSAO, MANUTENCAO E ADAPTACAO DE OPM                                |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS                                               |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS                                     |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 015 - ATENCAO HEMATOLOGICA E/OU HEMOTERAPICA                                  |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 016 - PROMOCAO DA SAUDE, PREVENCAO DE DOENCAS E AGRAVOS E PRODUCAO DO CUIDADO |
| 02 - VIGILANCIA EM SAUDE > 020 - VIGILANCIA EM SAUDE DO TRABALHADOR                                      |
| 04 - OUTRAS ATIVIDADES RELACIONADAS A SAUDE HUMANA > 026 - HOSPITALIDADE                                 |

Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

| Instalação                                     | Qtde./Consultório | Leitos/Equipamentos |
|------------------------------------------------|-------------------|---------------------|
| URGÊNCIA E EMERGÊNCIA                          |                   |                     |
| CONSULTORIOS MEDICOS                           | 1                 | 0                   |
| SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO | 1                 | 0                   |
| SALA DE ATENDIMENTO FEMININO                   | 1                 | 3                   |
| SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO             | 1                 | 0                   |
| SALA DE ATENDIMENTO MASCULINO                  | 1                 | 2                   |



|                                                              |  |   |  |    |
|--------------------------------------------------------------|--|---|--|----|
| SALA DE CURATIVO                                             |  | 1 |  | 0  |
| SALA DE GESSO                                                |  | 1 |  | 0  |
| SALA DE HIGIENIZACAO                                         |  | 1 |  | 0  |
| SALA PEQUENA CIRURGIA                                        |  | 1 |  | 0  |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO                     |  | 1 |  | 2  |
| SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO |  | 1 |  | 1  |
| AMBULATORIAL                                                 |  |   |  |    |
| CLINICAS ESPECIALIZADAS                                      |  | 3 |  | 0  |
| CLINICAS INDIFERENCIADO                                      |  | 1 |  | 0  |
| SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)                                |  | 1 |  | 0  |
| SALA DE GESSO                                                |  | 1 |  | 0  |
| SALA DE NEBULIZACAO                                          |  | 1 |  | 0  |
| HOSPITALAR                                                   |  |   |  |    |
| SALA DE CIRURGIA                                             |  | 8 |  | 0  |
| SALA DE RECUPERACAO                                          |  | 2 |  | 17 |

Serviços de

| Serviço                               |         | Característica |  |  |
|---------------------------------------|---------|----------------|--|--|
| AMBULANCIA                            | PROPRIO |                |  |  |
| CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS | PROPRIO |                |  |  |
| FARMACIA                              | PROPRIO |                |  |  |
| LAVANDERIA                            | PROPRIO |                |  |  |

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

|                                                       |         |
|-------------------------------------------------------|---------|
| 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          | NÃO     | SIM        | NÃO     |
| 169    | ATENCAO EM UROLOGIA                              | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | SIM        | NÃO     |
| 115    | ATENCAO PSICOSSOCIAL                             | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | NÃO        | NÃO     |
| 150    | CIRURGIA VASCULAR                                | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | SIM        | NÃO     |
| 170    | COMISSOES E COMITES                              | PROPRIO        | SIM          | SIM     | SIM        | SIM     |
| 151    | MEDICINA NUCLEAR                                 | TERCEIRIZADO   | SIM          | NÃO     | SIM        | SIM     |
| 135    | REABILITACAO                                     | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | NÃO        | NÃO     |
| 127    | SERVICO DE ATENCAO A OBESIDADE                   | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | SIM        | NÃO     |
| 116    | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA  | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | SIM        | NÃO     |
| 116    | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA  | PROPRIO        | SIM          | SIM     | SIM        | SIM     |
| 105    | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA | PROPRIO        | NÃO          | NÃO     | SIM        | NÃO     |
| 105    | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | SIM        | NÃO     |

|     |                                                             |              |  |     |     |     |     |
|-----|-------------------------------------------------------------|--------------|--|-----|-----|-----|-----|
| 154 | SERVICO DE BANCO DE TECIDOS                                 | TERCEIRIZADO |  | NÃO | NÃO | SIM | 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 |
| 120 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | TERCEIRIZADO |  | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                           | PROPRIO      |  | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                           | PROPRIO      |  | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                           | TERCEIRIZADO |  | NÃO | NÃO | SIM | NÃO |
| 122 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS       | PROPRIO      |  | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 122 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS       | TERCEIRIZADO |  | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 142 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                       | PROPRIO      |  | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 142 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                       | PROPRIO      |  | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 125 | SERVICO DE FARMACIA                                         | PROPRIO      |  | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 126 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                                     | PROPRIO      |  | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 128 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                                      | TERCEIRIZADO |  | NÃO | NÃO | SIM | NÃO |
| 128 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                                      | TERCEIRIZADO |  | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 128 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                                      | TERCEIRIZADO |  | NÃO | SIM | SIM | NÃO |
| 129 | SERVICO DE LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE              | TERCEIRIZADO |  | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 131 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                                     | PROPRIO      |  | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| 131 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                                     | PROPRIO      |  | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 132 | SERVICO DE ONCOLOGIA                                        | PROPRIO      |  | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 132 | SERVICO DE ONCOLOGIA                                        | TERCEIRIZADO |  | SIM | NÃO | SIM | NÃO |

|     |                                                 |              |  |     |     |     |     |     |
|-----|-------------------------------------------------|--------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 133 | SERVICO DE PNEUMOLOGIA                          | PROPRIO      |  | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO |
| 133 | SERVICO DE PNEUMOLOGIA                          | TERCEIRIZADO |  | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO |
| 136 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL                  | PROPRIO      |  | NÃO | NÃO | NÃO | SIM | NÃO |
| 136 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL                  | PROPRIO      |  | SIM | NÃO | NÃO | SIM | NÃO |
| 155 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA           | PROPRIO      |  | SIM | NÃO | NÃO | SIM | NÃO |
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                | PROPRIO      |  | SIM | NÃO | NÃO | SIM | NÃO |
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                | PROPRIO      |  | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                | PROPRIO      |  | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 146 | SERVICO DE VIDEO LAPAROSCOPIA                   | PROPRIO      |  | SIM | NÃO | NÃO | SIM | NÃO |
| 141 | SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE                  | PROPRIO      |  | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO |
| 144 | SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS | PROPRIO      |  | SIM | NÃO | NÃO | SIM | NÃO |
| 144 | SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS | TERCEIRIZADO |  | SIM | NÃO | NÃO | SIM | NÃO |
| 149 | TRANSPLANTE                                     | PROPRIO      |  | NÃO | NÃO | NÃO | SIM | NÃO |
| 149 | TRANSPLANTE                                     | PROPRIO      |  | NÃO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 149 | TRANSPLANTE                                     | PROPRIO      |  | SIM | NÃO | NÃO | SIM | NÃO |
| 149 | TRANSPLANTE                                     | PROPRIO      |  | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |

Comissões e

| Descrição                       |  |
|---------------------------------|--|
| ETICA DE ENFERMAGEM             |  |
| CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR |  |
| CIPA                            |  |

|                                              |  |  |  |
|----------------------------------------------|--|--|--|
| ANALISE DE OBITOS E BIOPSIAS                 |  |  |  |
| REVISAO DE DOCUMENTAÇÃO MEDICA E ESTATISTICA |  |  |  |
| ETICA MEDICA                                 |  |  |  |
| FARMACIA E TERAPEUTICA                       |  |  |  |
| APROPRIACAO DE CUSTOS                        |  |  |  |
| NOTIFICACAO DE DOENCAS                       |  |  |  |
| REVISAO DE PRONTUARIOS                       |  |  |  |
| NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE              |  |  |  |

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 |
| 116 - 008 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA | ANGIOLOGIA                                                   | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 126 - 004 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                         | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI  | 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 |
| 135 - 011 | REABILITACAO                                    | ATENCAO FISIOTERAPEUTICA                                     | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 135 - 010 | REABILITACAO                                    | ATENCAO FONOAUDIOLOGICA                                      | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 115 - 002 | ATENCAO PSICOSSOCIAL                            | ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL                                     | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 154 - 002 | SERVICO DE BANCO DE TECIDOS                     | BANCO DE TECIDO MUSCULO ESQUELETICO                          | SIM      | 2273276       |
| 116 - 005 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA | CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (HEMODINAMICA)                  | NÃO      | NAO INFORMADO |

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

|           |                                                       |                                                              |     |               |
|-----------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----|---------------|
| 116 - 002 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA       | CIRURGIA CARDIOVASCULAR (ADULTO)                             | NÃO | NAO INFORMADO |
| 146 - 002 | SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA                          | CIRURGICA                                                    | NÃO | NAO INFORMADO |
| 144 - 001 | SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS       | COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL              | SIM | 9404473       |
| 144 - 001 | SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS       | COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL              | 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                                   | SIM | 0012408       |
| 128 - 002 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                                | DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA                                   | SIM | 2709112       |
| 131 - 001 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                               | DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA                                  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 133 - 002 | SERVICO DE PNEUMOLOGIA                                | DIAGNOSTICO EM PNEUMOLOGIA                                   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 142 - 001 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                 | DO APARELHO DIGESTIVO                                        | NÃO | NAO INFORMADO |
| 142 - 004 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                 | DO APARELHO GINECOLOGICO                                     | NÃO | NAO INFORMADO |
| 142 - 002 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                 | DO APARELHO RESPIRATORIO                                     | NÃO | NAO INFORMADO |
| 142 - 003 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                 | DO APARELHO URINARIO                                         | NÃO | NAO INFORMADO |
| 116 - 001 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA       | ELETROFISIOLOGIA                                             | NÃO | NAO INFORMADO |
| 136 - 001 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL                        | ENTERAL                                                      | NÃO | NAO INFORMADO |
| 136 - 002 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL                        | ENTERAL PARENTERAL                                           | NÃO | NAO INFORMADO |
| 136 - 003 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL                        | ENTERAL PARENTERAL COM MANIPULACAO FABRICACAO                | 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 |

|           |                                                             |                                                   |     |               |
|-----------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----|---------------|
| 120 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS                         | SIM | 2089785       |
| 120 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS                         | SIM | 2825341       |
| 120 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS                         | SIM | 5354099       |
| 120 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS                         | SIM | 5377676       |
| 145 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES BIOQUIMICOS                                | SIM | 6769888       |
| 145 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES BIOQUIMICOS                                | SIM | 9404473       |
| 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 | 2825341       |
| 120 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES CITOPATOLOGICOS                            | SIM | 5354099       |
| 120 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES CITOPATOLOGICOS                            | SIM | 5377676       |
| 145 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES COPROLOGICOS                               | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 011 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES DE GENETICA                                | SIM | 9404473       |
| 129 - 001 | SERVICO DE LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE              | EXAMES DE HISTOCOMPATIBILIDADE POR MEIO SOROLOGIA | SIM | 2709244       |
| 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              | SIM | 9404473       |
| 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                 | SIM | 9404473       |
| 145 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA                 | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 006 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES HORMONAIS                                  | SIM | 6769888       |
| 145 - 006 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES HORMONAIS                                  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 013 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS                         | NÃO | NAO INFORMADO |



|           |                                                  |                                                             |     |               |
|-----------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|---------------|
| 145 - 009 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO    | EXAMES MICROBIOLÓGICOS                                      | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO    | EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS                           | SIM | 6769888       |
| 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       |
| 132 - 002 | SERVICO DE ONCOLOGIA                             | HEMATOLOGIA                                                 | NÃO | NAO INFORMADO |
| 169 - 002 | ATENCAO EM UROLOGIA                              | LITOTRIPSIA                                                 | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 012 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                | MAMOGRAFIA                                                  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 151 - 001 | MEDICINA NUCLEAR                                 | MEDICINA NUCLEAR IN VIVO                                    | SIM | 2709279       |
| 128 - 004 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                           | MEDICINA TRANSFUSIONAL                                      | SIM | 0012408       |
| 128 - 004 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                           | MEDICINA TRANSFUSIONAL                                      | SIM | 2709112       |
| 105 - 001 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA | NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO      | NÃO | NAO INFORMADO |
| 105 - 008 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA | NEUROCIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTAXICA                       | 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 |
| 128 - 001 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                           | PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENCAO DO SANGUE PFINS DE ASSI | SIM | 2709112       |

|           |                                                       |  |                                                              |     |  |               |
|-----------|-------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|-----|--|---------------|
| 128 - 003 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                                |  | PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA                       | SIM |  | 0012408       |
| 128 - 003 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                                |  | PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA                       | SIM |  | 2709112       |
| 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 |
| 121 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     |  | RADIOLOGIA                                                   | NÃO |  | NAO INFORMADO |
| 121 - 006 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     |  | RADIOLOGIA INTERVENZIONISTA                                  | NÃO |  | NAO INFORMADO |
| 132 - 004 | SERVICO DE ONCOLOGIA                                  |  | RADIOTERAPIA                                                 | SIM |  | 3405672       |
| 135 - 003 | REABILITACAO                                          |  | REABILITACAO FISICA                                          | NÃO |  | NAO INFORMADO |
| 135 - 002 | REABILITACAO                                          |  | REABILITACAO INTELECTUAL                                     | NÃO |  | NAO INFORMADO |
| 121 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     |  | RESSONANCIA MAGNETICA                                        | SIM |  | 6196381       |
| 121 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     |  | RESSONANCIA MAGNETICA                                        | NÃO |  | NAO INFORMADO |
| 149 - 008 | TRANSPLANTE                                           |  | RETIRADA DE ORGAOS                                           | NÃO |  | NAO INFORMADO |
| 149 - 001 | TRANSPLANTE                                           |  | RIM                                                          | NÃO |  | NAO INFORMADO |
| 155 - 001 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA                  |  | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA                         | NÃO |  | NAO INFORMADO |
| 122 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS |  | TESTE DE HOLTER                                              | SIM |  | 3744973       |
| 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             | SIM |  | 3205339       |

|           |                                                  |                                            |     |               |
|-----------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----|---------------|
| 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 |
| 105 - 007 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA | TRATAMENTO ENDOVASCULAR                    | NÃO | NAO INFORMADO |
| 105 - 005 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA | TRATAMENTO NEUROCIRURGICO DA DOR FUNCIONAL | NÃO | NAO INFORMADO |
| 130 - 006 | ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA                   | TRATAMENTO PRE DIALITICO                   | 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 |
| 141 - 001 | SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE                   | VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA                  | 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 DIAGNOSTICO POR IMAGEM |           |        |     |
| MAMOGRAFO COMPUTADORIZADO              | 1         | 1      | SIM |
| Raio X com Fluoroscopia                | 2         | 2      | SIM |
| Raio X de 100 a 500 mA                 | 7         | 6      | SIM |

|                                            |     |     |     |
|--------------------------------------------|-----|-----|-----|
| Raio X para Hemodinamica                   | 2   | 2   | SIM |
| Ressonancia Magnetica                      | 1   | 1   | SIM |
| Tomógrafo Computadorizado                  | 1   | 1   | SIM |
| Ultrassom Convencional                     | 5   | 5   | SIM |
| Ultrassom Doppler Colorido                 | 1   | 1   | SIM |
| Ultrassom Ecografo                         | 1   | 1   | SIM |
| EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA            |     |     |     |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | 14  | 14  | SIM |
| Grupo Gerador                              | 3   | 3   | SIM |
| EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA       |     |     |     |
| Bomba de Infusao                           | 291 | 257 | SIM |
| Bomba/Balao Intra-Aortico                  | 1   | 1   | SIM |
| Desfibrilador                              | 40  | 29  | SIM |
| Marcapasso Temporario                      | 45  | 43  | SIM |
| Monitor de ECG                             | 49  | 39  | SIM |
| Monitor de Pressao Invasivo                | 48  | 38  | SIM |
| Monitor de Pressao Nao-Invasivo            | 59  | 49  | SIM |
| Reanimador Pulmonar/AMBU                   | 20  | 20  | SIM |
| Respirador/Ventilador                      | 67  | 57  | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS          |     |     |     |
| Eletrocardiografo                          | 32  | 22  | SIM |

| EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS        |    |    |    |     |
|-----------------------------------------|----|----|----|-----|
| BIOMICROSCOPIO (LAMPADA DE FENDA)       | 14 | 14 | 14 | SIM |
| CADEIRA OFTALMOLOGICA                   | 18 | 18 | 18 | SIM |
| CAMPIMETRO                              | 3  | 3  | 3  | SIM |
| CERATOMETRO                             | 1  | 1  | 1  | SIM |
| COLUNA OFTALMOLOGICA                    | 18 | 18 | 18 | SIM |
| Endoscopia Digestivo                    | 4  | 4  | 4  | SIM |
| Endoscopia das Vias Respiratorias       | 4  | 4  | 4  | SIM |
| Endoscopia das Vias Urinarias           | 11 | 11 | 11 | SIM |
| LENSOMETRO                              | 1  | 1  | 1  | SIM |
| Laparoscopia/Vídeo                      | 5  | 5  | 5  | SIM |
| Microscopia Cirurgico                   | 2  | 2  | 1  | SIM |
| OFTALMOSCOPIO                           | 11 | 11 | 11 | SIM |
| PROJETOR OU TABELA DE OPTOTIPOS         | 20 | 20 | 20 | SIM |
| REFRATOR                                | 17 | 17 | 17 | SIM |
| RETINOSCOPIO                            | 5  | 5  | 5  | SIM |
| TONOMETRO DE APLANACAO                  | 21 | 21 | 21 | SIM |
| OUTROS EQUIPAMENTOS                     |    |    |    |     |
| Equipamento de Circulacao Extracorporea | 1  | 1  | 1  | SIM |
| Equipamento para Hemodialise            | 50 | 50 | 37 | SIM |
| Resíduos/Rejeitos                       |    |    |    |     |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Coleta Seletiva de Rejeito |  |
| RESIDUOS BIOLOGICOS        |  |
| RESIDUOS QUIMICOS          |  |
| 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+ = 0     | Proporção = 37       | (X) Filtro de areia        |
| HBsAg- = 3                           | HBsAg- = 2     | Outras = 13          | (X) Filtro de carvão       |
| DPI = 0                              | HCV+ = 0       | -                    | (X) Abrandador             |
| DPAC = 1                             | -              | -                    | (X) Deionizador            |
| -                                    | -              | -                    | (X) Maq. de Osmose Reversa |
| -                                    | -              | -                    | (X) Outros                 |

| Serviço de referência e manutenção  |                                                        |                |            |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------|------------|
| Serviço                             | Razão Social                                           | CNPJ           | Município  |
| HOSPITAL PARA TRANSPLANTE           | ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE<br>ESPIRITO SANTENSE | 28127926000161 | VILA VELHA |
| LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE | LIG- LABORATORIO DE IMUNOGENETICA                      | 30695183000178 | VITORIA    |

Caracterização de serviço de diálise

| Salas Hemodiálise                                    | Salas de Reuso                                                 | Máquinas Hemodiálise | Tratamento D'água |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|
| HOSPITAL GERAL                                       | ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICNETE<br>ESPIRITO SANTENSE         | 28127926000161       | VILA VELHA        |
| SERVICO DE ANATOMIA<br>PATOLOGICA/CITOLOGIA          | PAT - CENTRO DE DIAGNOSTICO MEDICO<br>LABORATORIAL             | 284050900000110      | VITORIA           |
| SERVICO DE PATOLOGIA CLINICA                         | ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE<br>ESPIRITO-SANTENSE - AEBES | 28127926000161       | VILA VELHA        |
| MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS DE<br>DIALISE             | ATTENDANCE SOLUCOES EM TRATAMENTO<br>DE AGUA E EFLUENTES LTDA  | 01444396000129       | BELO HORIZONTE    |
| MANUTENCAO DOS EQUIPAMENTOS DE<br>TRATAMENTO DE AGUA | ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE<br>ESPIRITO-SANTENSE - AEBES | 28127926000161       | VILA VELHA        |
| LABORATORIO PARA ANALISE DE AGUA                     | RODRIGUES TECNOLOGIA LTDA                                      | 16585676000124       | VITORIA           |
| SERVICO DE RADIOLOGIA                                | ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE<br>ESPIRITO-SANTENSE - AEBES | 28127926000161       | VILA VELHA        |
| SERVICO DE ULTRA-SONOGRAFIA                          | ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE<br>ESPIRITO-SANTENSE - AEBES | 28127926000161       | VILA VELHA        |
| SERVICO DE NEFROLOGIA PARA DPI                       | ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE<br>ESPIRITO-SANTENSE - AEBES | 28127926000161       | VILA VELHA        |
| SERVICO DE NEFROLOGIA PARA HSBG+                     | ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE<br>ESPIRITO-SANTENSE - AEBES | 28127926000161       | VILA VELHA        |
| SERVICO DE CIRURGIA VASCULAR                         | ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE<br>ESPIRITO-SANTENSE - AEBES | 28127926000161       | VILA VELHA        |

Formalização

| Diretor responsável      | CPF         |
|--------------------------|-------------|
| RODRIGO ALVES TRISTAO    | 07880318720 |
| Nefrologista responsável | CPF         |
| LUCIANA DE ASSIS BARBOSA | 05681550761 |

Quimioterapia/Radioterapia

NÚMERO DE SALAS - RADIOTERAPIA

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

NÚMERO DE SALAS - QUIMIOTERAPIA

| Armazenagem | Sala de preparo | Químio curta duração | Químio longa duração | Molde | Capela de fluxo laminar |
|-------------|-----------------|----------------------|----------------------|-------|-------------------------|
| 1           | 1               | 1                    | 0                    | 0     | 1                       |

QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS DE RADIOTERAPIA

| Simulador             | Acelerador linear ate 6 MeV      | Acelerador linear maior 6 MeV | Acelerador linear maior 6 MeV |
|-----------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 0                     | 0                                | 0                             | 0                             |
| 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                                | 0                             | 0                             |
| Monitor individual    | Sistema completo de planejamento | Dosímetro clínico             | Fontes seladas                |
| 0                     | 0                                | 0                             | 0                             |

Serviço de referência e manutenção

| Serviço                             | Razão Social                                   | CNPJ           | Município  |
|-------------------------------------|------------------------------------------------|----------------|------------|
| SERVICOS DE RADIOTERAPIA            | IRV - INSTITUTO DE RADIOTERAPIA DA VAHSIS LTDA | 05816963000181 | VILA VELHA |
| LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE | LIG LABORATORIO DE IMUNOGENETICA               | 30695183000178 | VITORIA    |



|                                             |                                                         |                 |            |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------|------------|
| SERVICO DE TOMOGRAFIA<br>COMPUTADORIZADA    | ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE<br>ESPIRITO SANTENSE  | 28127926000161  | VILA VELHA |
| ULTRA-SONOGRAFIA                            | ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE<br>ESPIRITO SANTENSE  | 28127926000161  | VILA VELHA |
| SERVICO DE MEDICINA NUCLEAR                 | CENTRO DE DIAGNOSTICO EM MEDICINA<br>NUCLEAR VILA VELHA | 02818800000140  | VILA VELHA |
| PATOLOGIA CLINICA                           | DIAGNOTEST LABORATORIO LTDA                             | 36048361000155  | VILA VELHA |
| RESSONANCIA MAGNETICA                       | SRD SERVICOS REUNIDOS DE DIAGNOSTICO<br>LTDA            | 36364024000177  | VILA VELHA |
| SERVICO DE ANATOMIA<br>PATOLOGICA/CITOLOGIA | PAT CENTRO DE DIAGNOSTICO MEDICO<br>LABORATORIAL LTDA   | 284050900000110 | VITORIA    |

Formalização

|                                                          |             |
|----------------------------------------------------------|-------------|
| Médico responsável administrativo ou responsável técnico | CPF         |
| MORGANA STELZER ROSSI                                    | 09643384756 |
| Médico responsável oncologista pediátrico                | CPF         |
| Não informado                                            |             |
| Médico responsável cirurgia oncológica                   | CPF         |
| GABRIEL OSAIN CHAAR                                      | 10894058711 |
| Medico responsavel oncologista clínico                   | CPF         |
| MORGANA STELZER ROSSI                                    | 09643384756 |
| Médico responsável radioTerapeuta                        | CPF         |
| Não informado                                            |             |
| Físico nuclear                                           | CPF         |
| Não informado                                            |             |

Hemoterapia

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

NÚMERO DE SALAS - COLETA

| Recepção / cadastro | Triagem hematológica | Triagem clínica | Coleta | Aférese |
|---------------------|----------------------|-----------------|--------|---------|
| 0                   | 0                    | 0               | 0      | 0       |

NÚMERO DE SALAS - PROCESSAMENTO

| Processamento | Pré-estoque | Estoque | Distribuição |
|---------------|-------------|---------|--------------|
| 0             | 0           | 0       | 0            |

NÚMERO DE SALAS - LABORATÓRIO

| Sorologia | Imuno Hemematologia | Pre. transfusionais | Hemostasia | Controle de qualidade | Biologia molecular | Imuno fenotipagem |
|-----------|---------------------|---------------------|------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| 0         | 0                   | 0                   | 0          | 0                     | 0                  | 0                 |

NÚMERO DE SALAS - ATENDIMENTO

| Transfusão | Seguimento do doador |
|------------|----------------------|
| 0          | 0                    |

EQUIPAMENTOS - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

| Cadeiras recicláveis | Centrífugas | Refr. para guarda | Congelador rápido | Extrator automático de | Freezer                   | Freezer | Agitador de       |
|----------------------|-------------|-------------------|-------------------|------------------------|---------------------------|---------|-------------------|
| 0                    | 0           | 0                 | 0                 | 0                      | 0                         | 0       | 0                 |
| Seladoras            | Irradiador  | Aglutinoscópio    | Maq.de Aférese    | Refr. p/guarda de      | Refr. p/guarda de amostra |         | Cap.fluxo laminar |
| 0                    | 0           | 0                 | 0                 | 0                      | 0                         | 0       | 0                 |

Serviço de referência e manutenção

| Serviço               | Razão Social                        | CNPJ           | Município |
|-----------------------|-------------------------------------|----------------|-----------|
| NUCLEO DE HEMOTERAPIA | HEMOCLINICA SERV. HEM. LTDA         | 28158509000186 | VITORIA   |
| CENTRAL SOROLOGICA    | FESCA FUND EST. SOROLOGICA CAPIXABA | 39617113000176 | VITORIA   |

Formalização

|                                   |             |
|-----------------------------------|-------------|
| Médico hemoterapeuta responsável  | CPF         |
| MARIO VELLO SILVARES JUNIOR       | 01474103715 |
| Médico hematologista responsável  | CPF         |
| ISMAEL BARBOSA XIMENES            | 37975439720 |
| Responsável técnico / sorologista | CPF         |
| KELLY ROSE AREAL                  | 03090923700 |
| Médico capacitado responsável     | CPF         |
| HUMBERTO RIBEIRO DO VAL           | 01475851715 |

Habilitações

| Código | Descrição                                                                                       | Origem   | Competência Inicial | Competência Final | Portaria  | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|-------------------|-----------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
| 0202   | UNID.DE ASSIST. DE ALTA COMPLEXIDADE AO PACIENTE PORTADOR DE OBESIDADE GRAVE                    | NACIONAL | 05/2007             | 99/9999           | SAS 425   | 19/04/2013    |            | 28/04/2014         | 13/09/2012          |
| 0506   | TRATAMENTO DO GLAUCOMA COM MEDICAMENTOS NO AMBITO DA POLITICA NACIONAL DE ATENCAO OFTALMOLOGICA | NACIONAL | 04/2013             | 99/9999           | PT GM 419 | 23/02/2018    |            | 05/03/2018         | 05/04/2013          |
| 0801   | UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR*                                     | NACIONAL | 05/2006             | 99/9999           | SAS-402   | 31/05/2006    |            | 18/07/2006         | 18/07/2006          |
| 0803   | CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS EM CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA                         | NACIONAL | 05/2006             | 99/9999           | SAS-402   | 31/05/2006    |            | 18/07/2006         | 18/07/2006          |

| Código | Descrição                                                                 | Origem   | Competência Inicial | Competência Final | Portaria        | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|---------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|-------------------|-----------------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
| 0805   | CIRURGIA VASCULAR                                                         | NACIONAL | 05/2006             | 99/9999           | SAS-402         | 31/05/2006    |            | 18/07/2006         | 18/07/2006          |
| 0806   | CIRURGIA VASCULAR E PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES EXTRACARDIACOS           | NACIONAL | 09/2012             | 99/9999           | SAS 1062        | 28/09/2012    |            | 28/09/2012         | 28/09/2012          |
| 0815   | IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VÁLVULA AÓRTICA (TAVI)                             | NACIONAL | 04/2024             | 99/9999           | 3414/GM/MS      | 09/04/2024    |            | 11/04/2024         | 11/04/2024          |
| 1202   | PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, DIAGNOSTICOS OU TERAPEUTICOS -HOSPITAL DIA      | NACIONAL | 09/2019             | 99/9999           | PT SAES Nº 1116 | 24/09/2019    |            | 30/09/2019         | 30/09/2019          |
| 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          |
| 1506   | ATENCAO ESPECIALIZADA EM DRC NOS ESTAGIOS 4 E 5 (PRE-DIALITICO)           | NACIONAL | 12/2020             | 99/9999           | 3461/GM/MS      | 16/12/2020    |            | 21/12/2020         | 21/12/2020          |
| 1601   | UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA*. | NACIONAL | 01/2008             | 99/9999           | SAS 646         | 10/11/2008    |            | 15/12/2008         | 06/03/2008          |
| 1708   | UNACON COM SERVICO DE HEMATOLOGIA                                         | NACIONAL | 08/2012             | 99/9999           | 688/SAES/MS     | 28/08/2023    |            | 29/11/2023         | 22/08/2012          |
| 1717   | ONCOLOGIA CIRÚRGICA HOSPITAL PORTE A                                      | NACIONAL | 12/2016             | 99/9999           | PT GM 3398      | 28/12/2016    |            | 13/01/2017         | 13/01/2017          |
| 2301   | UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*       | NACIONAL | 01/2008             | 99/9999           | SAS 90 RETF     | 30/03/2009    |            | 26/05/2009         | 26/09/2008          |
| 2303   | ENTERAL                                                                   | NACIONAL | 12/2011             | 99/9999           | PT SAS 915      | 16/12/2011    |            | 19/12/2011         | 19/12/2011          |
| 2407   | TRANSPLANTE DE CORNEA/ESCLERA                                             | NACIONAL | 08/2003             | 04/2028           | 1603/SAES/MS    | 17/04/2024    |            | 24/06/2024         | 30/04/2024          |
| 2408   | TRANSPLANTE DE RIM                                                        | NACIONAL | 04/2004             | 06/2028           | 1849/SAES/MS    | 24/06/2024    |            | 27/06/2024         | 16/09/2014          |
| 2409   | TRANSPLANTE DE FIGADO                                                     | NACIONAL | 12/2022             | 09/2026           | 2116/SAES/MS    | 23/09/2024    |            | 26/09/2024         | 29/12/2022          |
| 2411   | TRANSPLANTE DE CORACAO                                                    | NACIONAL | 06/2018             | 05/2028           | 1784/SAES/MS    | 27/05/2024    |            | 29/05/2024         | 20/06/2018          |
| 2413   | BANCO DE TECIDO OCULAR HUMANO                                             | NACIONAL | 12/2010             | 02/2027           | 172/SAES/MS     | 13/02/2022    |            | 16/02/2023         | 09/03/2015          |
| 2420   | RETIRADA DE ORGAOS E TECIDOS                                              | NACIONAL | 12/2010             | 09/2026           | 2116/SAES/MS    | 23/09/2024    |            | 26/09/2024         | 28/12/2010          |
| 2446   | INCREMENTO FINANCEIRO SNT RIM NIVEL A                                     | NACIONAL | 09/2023             | 99/9999           | 766/SAES/MS     | 14/09/2023    |            | 05/10/2023         | 20/09/2023          |

| Código | Descrição                                                          | Origem   | Competência Inicial | Competência Final | Portaria                  | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|--------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|-------------------|---------------------------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
| 2454   | INCREMENTO FINANCEIRO SNT FIGADO NIVEL D                           | NACIONAL | 04/2025             | 99/9999           | 2729/SAES/MS              | 01/04/2025    |            | 07/04/2025         | 07/04/2025          |
| 2501   | UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA* | NACIONAL | 01/2008             | 99/9999           | SAS 79                    | 08/02/2008    |            | 15/02/2008         | 31/01/2008          |
| 2601   | UTI II ADULTO                                                      | NACIONAL | 08/2003             | 99/9999           | 3676/GM/MS                | 17/12/2021    | 24         | 07/01/2022         |                     |
| 2608   | UTI CORONARIANA TIPO II                                            | NACIONAL | 10/2014             | 99/9999           | 243/GM/MS                 | 14/03/2023    | 20         | 16/03/2023         | 05/11/2014          |
| 2901   | VIDEOCIRURGIAS                                                     | LOCAL    | 09/2018             | 99/9999           | RESOLUÇÃO CIB ES 236/2018 | 27/09/2018    | 0          | 09/07/2025         | 18/07/2025          |
| 2902   | PMAE - COMPONENTE CIRURGIAS                                        | LOCAL    | 01/2025             | 12/2025           | RESOLUCAO CIB 251/2023    | 09/07/2025    | 0          | 09/07/2025         | 18/07/2025          |
| 3801   | PROGRAMA MAIS ACESSO A ESPECIALISTAS                               | LOCAL    | 01/2025             | 12/2025           | CIB 004/2025              | 07/02/2025    | 0          | 09/07/2025         | 18/07/2025          |

Incentivos

| Código | Descrição                                                                       | Competência Inicial | Competência Final | Portaria      | Data Portaria | Leitos SUS | Data da Atualização |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|------------|---------------------|
| 8214   | Porta de Entrada Hospitalar de Urgência (PEHU) - Hospital Especializado Tipo II | 12/2012             | 99/9999           | GM/MS Nº 2041 | 17/07/2018    |            | 22/03/2018          |
| 8274   | UTI ADULTO RUE TIPO II - QUALIFICADOS                                           | 12/2015             | 99/9999           | 474/SAES/MS   | 22/04/2021    | 21         | 10/06/2021          |

Incentivos - Histórico

|        |                                                                                 | Competência |         |         | Portaria      |            | Operação          |            |        |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|---------|---------------|------------|-------------------|------------|--------|
| Código | Descrição                                                                       | Origem      | Inicial | Final   | Número        | Data       | Data              | Tipo       | Leitos |
| 8101   | INTEGRASUS NIVEL A                                                              | NACIONAL    | 05/2002 | 08/2007 | GM 1931       | 10/08/2007 | 5/15/08 12:00 AM  | Alterado   |        |
| 8101   | INTEGRASUS NIVEL A                                                              | NACIONAL    | 05/2002 | 99/9999 | GM 878        | 08/05/2002 | 12/21/07 12:00 AM | Habilitado |        |
| 8214   | Porta de Entrada Hospitalar de Urgência (PEHU) - Hospital Especializado Tipo II | NACIONAL    | 12/2012 | 99/9999 | GM/MS Nº 2041 | 17/07/2018 | 7/20/18 12:00 AM  | Alterado   |        |
| 8214   | Porta de Entrada Hospitalar de Urgência (PEHU) - Hospital Especializado Tipo II | NACIONAL    | 03/2018 | 99/9999 | PT GM 621     | 16/03/2018 | 3/22/18 12:00 AM  | Habilitado |        |

Data desativação: -- Motivo desativação: --

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

**HEBER DE SOUZA LAUAR**  
SUBSECRETARIO ESTADO  
SSEC - SESA - GOVES  
assinado em 21/08/2025 08:30:19 -03:00

**RODRIGO ANDRE SEIDEL**  
CIDADÃO  
assinado em 21/08/2025 08:15:58 -03:00



**INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO**

Documento capturado em 21/08/2025 08:30:19 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)  
por SILVIO MEIRELES GUIMARAES (ANALISTA DO EXECUTIVO - NECORC - 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/2025-ZB28DH>