



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 001/2022

PROCESSO E -DOCS Nº: 2022-VW65Q

14º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 001/2022, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE ESPÍRITO SANTO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E O HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS, VISANDO O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (SUS/ES).

O **ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, doravante denominado **CONCEDENTE**, órgão da Administração Direta do Poder Executivo, inscrita no CNPJ: **27.080.605/0001-96**, com sede na rua Engenheiro Guilherme José Monjardin Varejão, nº 255, Ed. Enseada Plaza, Enseada do Suá, Vitória - ES, CEP: 29050-360, no uso de suas atribuições de gestora do **FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FES**, inscrita no CNPJ: 06.893.466/0001-40, representada neste ato pelo Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde, **ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**, Brasileiro, Divorciado, Servidor Público Estadual, CPF: 926.326.297-72, nomeado pelo Decreto nº364-S, de 10/02/2023 e, do outro lado o **HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS**, caracterizado como hospital filantrópico, inscrita no CNPJ sob nº. 27.192.590/0001- 58, situada à Coronel Guardiã, 100, Sumaré, Cachoeiro de Itapemirim/ES, doravante denominado(a) **CONVENENTE**, neste ato representado por seu Representante Legal o **Sr. WINSTON ROBERTO SOARES VIEIRA MACHADO**, portador da carteira de identidade nº. 113 643-ES, e inscrito no CPF sob o nº. 049.111.807-49, resolvem celebrar o presente o **14º** Termo Aditivo ao **CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO** para execução de ações e serviços de saúde, tendo em vista o disposto na Constituição da República Federativa de 1988, na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, o art. 116 da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, Portaria MS/GM nº 3.410, de 30/12/2013 e Portarias de Consolidação nº 1, nº 2, nº 3 e nº 5, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria Estadual 076-R, de 19 de maio de 2022 e Portaria nº042-R, de 14 de junho de 2023, que tratam das normas sobre as políticas nacionais e estadual de saúde do Sistema Único de Saúde, nas correspondentes Lei



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

de Diretrizes Orçamentárias Nº 11.867 - 20.07.23; Lei Orçamentária Anual- LOA Nº 12.024 - 29.12.23 e demais normas e legislação específica 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) Referente a incorporação da **PORTARIA GM/MS 2648 de 22 de Dezembro de 2023**, Acréscimo financeiro no valor de **R\$ 4.000.000,00** (quatro milhões de reais), (b) **PORTARIA GM/MS 3416 de 25 de Março de 2024 – Piso de Enfermagem**, e fundamentação Jurídica da Lei 14.434/2022, Acréscimo Financeiro de **R\$ 730.288,09** (setecentos e trinta mil, duzentos e oitenta e oito reais e nove 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 CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO, para todos os efeitos legais, devendo estar à disposição da Central Estadual de Regulação.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO DA CLAÚSULA SEXTA

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

6.1 - O valor total do presente **Convênio de Contratualização** passa a ser de **R\$ 240.437.564,89** (duzentos e quarenta milhões e quatrocentos e trinta e sete mil e quinhentos e sessenta e quatro reais e oitenta e nove centavos).

6.1.1 - O Recurso Financeiro aplicado ao **Convênio de Contratualização** inicial foi de **R\$ 109.026.146,76** (cento e nove milhões, vinte e seis mil, cento e quarenta e seis reais e setenta e seis centavos).

6.1.2 - O Recurso Financeiro aplicado ao **1º Termo Aditivo** foi de **R\$ 2.200.000,00** (dois milhões e duzentos mil reais).

6.1.3 - O Recurso Financeiro aplicado ao **2º Termo Aditivo** foi de **R\$ 614.479,08** (seiscentos e quatorze mil, quatrocentos e setenta e nove reais e oito centavos).

6.1.4 - O Recurso Financeiro aplicado ao **3º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.103.303,60** (um milhão, cento e três mil, trezentos e três reais e sessenta centavos).



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

6.1.5 - O Recurso Financeiro aplicado ao **4º Termo Aditivo** foi de **R\$ 9.085.512,23** (nove milhões, oitenta e cinco mil, quinhentos e doze reais e vinte três centavos).

6.1.6 - O Recurso Financeiro aplicado ao **5º Termo Aditivo** foi de **R\$ 27.851.725,47** (vinte sete milhões, oitocentos e cinquenta e um mil, setecentos e vinte cinco reais e quarenta e sete centavos).

6.1.7 - O Recurso Financeiro aplicado ao **6º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.753.589,80** (um milhão, setecentos e cinquenta e três mil, quinhentos e oitenta e nove reais e oitenta centavos).

6.1.8 - O Recurso Financeiro aplicado ao **7º Termo Aditivo** foi de **R\$ 18.567.816,98** (dezoito milhões, setecentos e três mil, quatrocentos e cinquenta reais e noventa e quatro centavos).

6.1.9 - O Recurso Financeiro aplicado ao **8º Termo Aditivo** foi de **R\$ 38.683.536,96** (Trinta e oito milhões, seiscentos e oitenta e três mil, quinhentos e trinta e seis reais e noventa e seis centavos).

6.1.10 - O Recurso Financeiro aplicado ao **9º Termo Aditivo** foi de **R\$ 3.500.000,00** (três milhões e quinhentos mil reais).

6.1.11 - O Recurso Financeiro aplicado ao **10º Termo Aditivo** foi de **R\$ 664.033,23** (seiscentos e sessenta e quatro mil, trinta e três reais e vinte e três centavos).

6.1.12 - O Recurso Financeiro aplicado ao **11º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.796.190,16** (um milhão, setecentos e noventa e seis mil, cento e noventa reais e dezesseis centavos).

6.1.13 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **12º Termo Aditivo** foi de **R\$ 670.091,40** (seiscentos e setenta mil, noventa e um reais e quarenta centavos).

6.1.14 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **13º Termo Aditivo** foi de **R\$ 20.190.851,13** (vinte milhões e cento e noventa mil e oitocentos e cinquenta e um reais e sessenta e treze centavos)

6.1.15 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **14º Termo Aditivo** será de **R\$ 4.730.288,09** (quatro milhões e setecentos e trinta mil e duzentos e oitenta e oito reais e nove centavos).

6.2 - O detalhamento do repasse a partir da celebração do termo aditivo se dará da seguinte forma:



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

6.2.1 - Para a execução do convênio de contratualização, a CONVENIENTE receberá recursos financeiros de **R\$ 24.198.055,67** (vinte e quatro milhões e cento e noventa e oito mil e cinquenta e cinco reais e sessenta e sete centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.

6.2.2 - A parcela pré-fixada importa em **R\$ 23.577.754,95** (vinte e três milhões e quinhentos e setenta e sete mil e setecentos e cinquenta e quatro reais e noventa e cinco centavos), e será transferida à CONVENIENTE em parcelas mensais, conforme o quadro de detalhamento, e oneram recursos de transferência da União ao Fundo Estadual de Saúde e recursos próprios da CONCEDENTE.

6.2.3 - Setenta por cento (70%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 18.352.676,21** (dezoito milhões e trezentos e cinquenta e dois mil e seiscentos e setenta e seis reais e vinte e um centavos).

6.2.4 - Trinta por cento (30%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 5.225.078,74** (cinco milhões e duzentos e vinte e cinco mil e setenta e oito reais e setenta e quatro centavos) que 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 6.2.5, servirá como limite e poderá haver dedução, de acordo com a pontuação obtida das metas de qualidade e do desempenho, no monitoramento e avaliação quadrimestral, conforme estabelecido no Documento Descritivo.

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

6.2.7 - O componente pós-fixado, que corresponde aos Procedimentos Ambulatoriais de Exames, Consulta, Terapias, Procedimentos, APAC's, OPME's de Alta Complexidade e Cirurgias Eletivas Extras será repassado ao HOSPITAL, à posteriori, (pós-produção, respeitado o limite do Termo Aditivo do convênio contratualização para esses serviços e,



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

conforme programação disposta no Documento Descritivo, estimando-se um valor de **R\$ 620.300,72** (setecentos e dezenove mil e seiscentos e quarenta e um reais e oito centavos, em parcelas mensais estimadas de **R\$ 310.150,36** (trezentos e dez mil e cento e cinquenta reais e trinta e seis centavos).

6.2.8 - 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.

6.2.9 - 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.

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

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

6.2.12 - 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.

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

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS | | | |
|--|-------------------------|------------------------------|--------------------------|
| RESUMO ORÇAMENTO - 14º Termo Aditivo - ABRIL DE 2024 À MAIO DE 2024 | | | |
| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL | | | |
| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO 70% | MENSAL | ABRIL DE 2024 A MAIO DE 2024 | TOTAL |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual | R\$ 4.508.794,21 | R\$ 9.017.588,43 | R\$ 9.017.588,43 |
| LEITOS - Sala Vermelha - Pronto Socorro - Recurso Estadual | R\$ 843.007,20 | R\$ 1.686.014,40 | R\$ 1.686.014,40 |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal | R\$ 744.123,78 | R\$ 1.488.247,56 | R\$ 1.488.247,56 |
| IAC - Incentivo a contratualização - Recurso Federal | R\$ 201.745,74 | R\$ 403.491,48 | R\$ 403.491,48 |
| Incentivo Integrasus - Recurso Federal | R\$ 3.410,81 | R\$ 6.821,62 | R\$ 6.821,62 |
| Rede de Atenção de Urgência e Emergência - UTI - Recurso Federal | R\$ 17.590,08 | R\$ 35.180,16 | R\$ 35.180,16 |
| Rede Cegonha - UTIN - Recurso Federal | R\$ 43.975,20 | R\$ 87.950,40 | R\$ 87.950,40 |
| Incentivo Federal - Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Espírito Santo - Portaria GM/MS de 21/12/2023 - Recurso Federal | R\$ 448.547,04 | R\$ 897.094,08 | R\$ 897.094,08 |
| Portaria GM/MS 3.416 de 25/03/24 - Recurso Federal - Piso da Enfermagem | R\$ 0,00 | R\$ 730.288,09 | R\$ 730.288,09 |
| Portaria GM/MS 2648 de 22/12/2023 - Recurso Federal - Emenda Federal | R\$ 0,00 | R\$ 4.000.000,00 | R\$ 4.000.000,00 |
| SUBTOTAL - RECURSO ESTADUAL | R\$ 5.351.801,41 | R\$ 10.703.602,83 | R\$ 10.703.602,83 |
| SUBTOTAL - RECURSO FEDERAL | R\$ 1.459.392,65 | R\$ 7.649.073,39 | R\$ 7.649.073,39 |
| TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 6.811.194,06 | R\$ 18.352.676,21 | R\$ 18.352.676,21 |
| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO 30% | MENSAL | ABRIL DE 2024 A MAIO DE 2024 | TOTAL |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - | R\$ 1.932.340,38 | R\$ 3.864.680,75 | R\$ 3.864.680,75 |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| Recurso Estadual | | | |
|---|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| LEITOS - Sala Vermelha - Pronto Socorro- Recurso Estadual | R\$ 361.288,80 | R\$ 722.577,60 | R\$ 722.577,60 |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal | R\$ 318.910,19 | R\$ 637.820,38 | R\$ 637.820,38 |
| SUBTOTAL - RECURSO ESTADUAL | R\$ 2.293.629,18 | R\$ 4.587.258,35 | R\$ 4.587.258,35 |
| SUBTOTAL - RECURSO FEDERAL | R\$ 318.910,19 | R\$ 637.820,38 | R\$ 637.820,38 |
| TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 2.612.539,37 | R\$ 5.225.078,74 | R\$ 5.225.078,74 |
| TOTAL PRÉ - FIXADO - ESTADUAL | R\$ 7.645.430,59 | R\$ 15.290.861,18 | R\$ 15.290.861,18 |
| TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL | R\$ 1.778.302,84 | R\$ 8.286.893,77 | R\$ 8.286.893,77 |
| TOTAL PRÉ - FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 9.423.733,43 | R\$ 23.577.754,95 | R\$ 23.577.754,95 |
| COMPONENTE PÓS - FIXADO | MENSAL | ABRIL DE 2024 A MAIO DE 2024 | TOTAL |
| Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Recurso Federal | R\$ 196.349,66 | R\$ 392.699,32 | R\$ 392.699,32 |
| Consultas - Recurso Estadual (Portaria 083-R/2019) | R\$ 19.000,00 | R\$ 38.000,00 | R\$ 38.000,00 |
| Exames - Recurso Estadual (Portaria 015-R/2020) | R\$ 27.628,60 | R\$ 55.257,20 | R\$ 55.257,20 |
| OPME - Alta complexidade - Recurso Federal | R\$ 23.067,00 | R\$ 46.134,00 | R\$ 46.134,00 |
| OPME - Não padronizada - Recurso Estadual (Portaria 061-R/2023) | R\$ 44.105,10 | R\$ 88.210,20 | R\$ 88.210,20 |
| TOTAL PÓS - FIXADO FEDERAL | R\$ 219.416,66 | R\$ 438.833,32 | R\$ 438.833,32 |
| TOTAL PÓS - FIXADO ESTADUAL | R\$ 90.733,70 | R\$ 181.467,40 | R\$ 181.467,40 |
| TOTAL FEDERAL | R\$ 1.997.719,50 | R\$ 8.725.727,09 | R\$ 8.725.727,09 |
| TOTAL ESTADUAL | R\$ 7.736.164,29 | R\$ 15.472.328,58 | R\$ 15.472.328,58 |
| TOTAL PÓS - FIXADO - FEDERAL + ESTADUAL | R\$ 310.150,36 | R\$ 620.300,72 | R\$ 620.300,72 |
| TOTAL DO CONVÊNIO | R\$ 9.733.883,79 | R\$ 24.198.055,67 | R\$ 24.198.055,67 |
| TOTAL DO ADITIVO | | | R\$ 4.730.288,09 |



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

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

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

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

Vitória/ES, 16 de abril de 2024.

CONCEDENTE:

ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde

CONVENENTE:

WINSTON ROBERTO SOARES VIEIRA MACHADO

Presidente do Hospital Infantil Francisco de Assis

TESTEMUNHAS:

1ª) _____

CPF:

2ª) _____

CPF:



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

DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **13º Termo Aditivo ao Convênio de Contratualização nº 001/2022** 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 **14º Termo Aditivo ao Convênio de Contratualização nº 001/2022** correrá à conta do orçamento do Fundo Estadual de Saúde da CONCEDENTE conforme especificado abaixo:

- Programa de Trabalho 10.302.0061.2325 - Contratualização de Serviços de Saúde Complementar e/ou 10.122.0047.2070 e/ou 10.122.0061.2070 – Administração da Unidade
- UG: 440.901
- Gestão: 44901
- Natureza de Despesa: 3.3.50.43.00
- Fonte de Recursos: 1500100200 e/ou 1600000000 e/ou 2659000011 e/ou 2500100200 e/ou 2500100201 e/ou 1605000000 e/ou 1600311000 e/ou 1600312000 e/ou 2605000000

Vitória, 16 de abril de 2024.

ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde



ANEXO I

DOCUMENTO DESCRITIVO – DODE

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS

HIFA CACHOEIRO

CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 001/2022 - 14º TERMO ADITIVO

PROCESSO E-DOCS: 2022- VW65Q

PERÍODO DE VIGÊNCIA: 01/04/2024 a 31/05/2024

ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

WINSTON ROBERTO SOARES MACHADO
PRESIDENTE

JAILTON ALVES PEDROSO
SUPERINTENDENTE

JAQUELINE LUNZ
DIRETORA TÉCNICA

ROGÉRIO DARDENGO
DIRETORIA CLÍNICA

ANDRÉA CELLIN
GERENTE DE PROJETOS

BRUNA MARIA SIPRIANO DA SILVA
GERENTE ASSISTENCIAL

CHRISTIANE OGIONE TEIXEIRA
GERENTE ADMINISTRATIVO

CHRISTIAN LESSA
GERENTE FINANCEIRO

MITE MAYER
GERENTE DE TI

VERÔNICA MOTEN
GERENTE DE ESTRATÉGIA E DESENVOLVIMENTO

LIDIANA MARIA PIROVANI ESTEVES
GERENTE DE RESULTADOS ECON E FINANCEIRO

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| I – IDENTIFICAÇÃO..... | 03 |
| II – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL..... | 04 |
| III – CNES | 04 |
| IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS | 05 |
| V – PERFIL ASSISTENCIAL | 05 |
| VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS | 06 |
| VII – ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS | 07 |
| VIII – METAS ASSISTENCIAIS | 07 |
| IX – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL AMBULATORIAL | 08 |
| X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO..... | 10 |
| XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS. | 15 |
| APROVAÇÃO | 16 |
| ANEXOS | 17 |

I - IDENTIFICAÇÃO

| | | | | |
|--|------------------------|--------------------------------|-------------------------|------------|
| Convenente | | | CNPJ | |
| HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS - HIFA | | | 27.192.590/0001-58 | |
| Endereço | | Município | UF | CEP |
| RUA CORONEL GUARDIA, 100 - SUMARÉ | | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | ES | 29300-070 |
| Macrorregião | Microrregião | SRS | CNES | |
| SUL | CACHOEIRO | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 2485729 | |
| Telefone | Fax | E-mail | | |
| (28)2101-5646 | (28)2101-5656 | gerenciadeprojetos@hifa.org.br | | |
| Nome do Responsável | | | | |
| WINSTON ROBERTO SOARES VIEIRA MACHADO | | | | |
| CPF | Função | Período de vigência | | |
| 049.111.807-49 | PRESIDENTE | | | |
| CI | Órgão expedidor | 01/04/2024 a 31/05/2024 | | |
| 113.643 | SSP-ES | | | |
| Banco | | | | |
| Banco | Agência | Conta Corrente | Praça | |
| BANESTES | 0115 | 35.234.327 | Cachoeiro de Itapemirim | |
| Banco P/ PISO DA ENF | | | | |
| Banco | Agência | Conta Corrente | Praça | |
| BANESTES | 681 | 3742959-4 | Cachoeiro de Itapemirim | |
| Missão | | | | |
| Garantir uma assistência de qualidade, com segurança, humanização, resolutividade, conforto e tecnologia, inspirando a dignidade da saúde diante do Estado e da Sociedade | | | | |
| Visão | | | | |
| Ser referência de hospital geral de alta complexidade com foco na saúde da mulher e na criança até 2025, entregando ao Estado e a Sociedade um cuidado humanizado e seguro, viabilizando soluções inovadoras, e diferenciada eficiência operacional. | | | | |
| Valores | | | | |
| Humanização; Segurança; Ética; Eficiência; Integridade; Aprendizado; Igualdade; Sustentabilidade; | | | | |
| Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS: | | | | |
| O Hospital Infantil Francisco de Assis – HIFA Cachoeiro é uma entidade de caráter filantrópico, sem fins lucrativos, que tem por finalidade prestar assistência hospitalar humanizada e de qualidade à população da Região Sul de Saúde ao qual está inserido. Desenvolve atividades contribuindo para Política Estadual de Contratualização como Hospital Estratégico. Todos os serviços ofertados neste DODE, o Hospital entende e reconhece que o controle e regulação são prerrogativas exclusivas da Secretária de Estado da Saúde. | | | | |
| Área de Abrangência: Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo | | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Tipo de Estabelecimento | <input checked="" type="checkbox"/> Geral | <input type="checkbox"/> Especializado | |
| Natureza | <input type="checkbox"/> Público | <input checked="" type="checkbox"/> Filantrópico | <input type="checkbox"/> Privado |
| Número de Leitos - CNES | Geral: 315 | SUS: 299 | |
| Número de Leitos Complementar (UTI) - CNES | Geral: | SUS: | |
| Tipo de Leitos de UTI SUS | <input checked="" type="checkbox"/> Adulto | <input checked="" type="checkbox"/> Pediátrico | <input checked="" type="checkbox"/> Neonatal <input type="checkbox"/> UCO |
| | <input type="checkbox"/> Isolamento | | |
| Serviço de Urgência e Emergência | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input checked="" type="checkbox"/> Porta Aberta – 15 LEITOS SALA VERMELHA <input checked="" type="checkbox"/> Referenciado |
| Serviço de Maternidade | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Se sim, habilitado-GAR <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Habilitação em Alta Complexidade | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Quais: |
| Inserção nas Redes de Atenção à Saúde | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Se sim, quais: Rede RUE Pediatria, Maternidade Risco Habitual e Maternidade de Alto Risco. |
| Classificação do Porte Hospitalar | <input type="checkbox"/> Estruturante <input checked="" type="checkbox"/> Estratégico <input type="checkbox"/> Apoio e/ou Maternidade <input type="checkbox"/> Apoio – Potencial Cirurgias Eletivas | | |

II - CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

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 D**.

IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este Documento Descritivo foi elaborado com o objetivo de formalizar a parceria para realização de serviços, ações e atividades de saúde no âmbito da Portaria MS 3410/2013 em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS/ES e, a Política Estadual de Contratualização definida pela Portaria Estadual nº042-R, de 14 de junho de 2023 que altera e atualiza a Portaria nº076-R/2022.

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

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

V – PERFIL ASSISTENCIAL

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

VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

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

- 1) **PRÉ-FIXADA:** tem como base a capacidade instalada e o perfil assistencial da unidade hospitalar, vinculada a:
 - I. Habilitação, qualificação e disponibilidade de leitos para a regulação;
 - II. Qualificação e disponibilidade de leitos de sala vermelha – Pronto Socorro;
 - III. Incentivos federais nos termos das respectivas normas e efetivação de repasses federais.

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

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

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

- 2) **PÓS-FIXADA:** será contabilizada por produção e definida com base nas tabelas de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde e na Tabela Estadual de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, vinculada aos seguintes critérios:
 - I. Procedimentos ambulatoriais de consultas, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, referentes à linha de cuidado definido na grade de referência e perfil assistencial de cada unidade hospitalar;
 - II. Procedimentos hospitalares de oftalmologia e outros a serem classificados;

- III. Procedimentos ambulatoriais e hospitalares financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações – FAEC;
- IV. Órtese, Próteses e Materiais Especiais – OPME – de procedimentos de alta complexidade padronizados na tabela SUS;
- V. Órtese, Próteses e Materiais Especiais – OPME – de procedimentos de alta complexidade não padronizadas na Tabela SUS.
- VI. 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 | 40 |
| Clínica Médica – Enfermaria Pediátrico | 50 |
| Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto | 25 |
| Clínica Cirúrgica – Enfermaria Pediátrica | 12 |
| UTI Adulto | 40 |
| UTI Pediátrico | 28 |
| UTI Neonatal (UTIN) | 19 |
| Intermediária Neonatal Convencional (UCINCO) | 19 |

| | |
|---|------------|
| Intermediária Neonatal Canguru (UCINCA) | 10 |
| TOTAL | 243 |

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.

8.1.1. Maternidade

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

| TIPO DE LEITO | Nº leitos |
|--|------------------|
| Clínica Obstétrica – Maternidade Alto Risco | 28 |
| Clínica Obstétrica – Maternidade de Risco Habitual | 13 |
| TOTAL | 41 |

8.2 - Atendimento à Urgências

8.2.1 Sala Vermelha

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

| Tipo de leito | Nº leitos |
|----------------------|------------------|
| U/E Sala Vermelha | 15 |

IX – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL AMBULATORIAL

9.1 CRITÉRIOS E METAS

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

Toda oferta de consultas e exames especializados deverão estar disponíveis para a GRAE. Sendo 60% da agenda para primeira consulta e 40% para retorno, salvo alguns itens de agendamento específicos que necessitam de um volume maior de retorno, assim pactuado

entres as partes e disponibilizado em anexo ao instrumento contratual, ou conforme fluxo estabelecido pela SESA em documento específico;

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

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

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

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

9.1.1 ESPECIALIDADES DE NÍVEL AMBULATORIAL

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

9.1.2 TABELA DE VALOR DA CONSULTA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

| ESPECIALIDADE | Tabela SIGTAP - Valor Unitário | Tabela SIGTAP - Valor Total | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Unitário | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Total |
|--|---|--|--|---|
| CONSULTA EM ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA GERAL | R\$ 10,00 | R\$ 400,00 | R\$ 20,00 | R\$ 800,00 |
| CONSULTA EM CARDIOLOGIA PEDIATRIA | R\$ 10,00 | R\$ 800,00 | R\$ 20,00 | R\$ 1.600,00 |
| CONSULTA EM CIRURGIA GERAL ADULTO MEDIA COMPLEXIDADE | R\$ 10,00 | R\$ 1.000,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.000,00 |
| CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ADULTO | R\$ 10,00 | R\$ 1.500,00 | R\$ 20,00 | R\$ 3.000,00 |
| CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ALTA COMPLEXIDADE | R\$ 10,00 | R\$ 100,00 | R\$ 20,00 | R\$ 200,00 |
| CONSULTA EM CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA | R\$ 10,00 | R\$ 1.500,00 | R\$ 20,00 | R\$ 3.000,00 |
| CONSULTA EM CIRURGIA PEDIATRIA | R\$ 10,00 | R\$ 1.200,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.400,00 |
| CONSULTA EM CIRURGIA UROLOGIA ADULTO | R\$ 10,00 | R\$ 800,00 | R\$ 20,00 | R\$ 1.600,00 |
| CONSULTA EM NEUROCIRURGIA PEDIATRIA | R\$ 10,00 | R\$ 200,00 | R\$ 20,00 | R\$ 400,00 |
| CONSULTA EM ANESTESIOLOGIA | R\$ 10,00 | R\$ 1.000,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.000,00 |
| CONSULTA EM CARDIOLOGIA PARA RISCO CIRÚRGICO | R\$ 10,00 | R\$ 1.000,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.000,00 |
| TOTAL | | R\$ 9.500,00 | | R\$ 19.000,00 |

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

9.2 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

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

| GRUPO: Procedimentos com finalidade diagnóstica | |
|--|-------------------|
| SUBGRUPO | QUANTIDADE |
| 01 - Coleta de material | 01 |
| 02 - Diagnóstico em laboratório clínico | 18.863 |
| 03 - Diagnóstico por anatomia patológica e Citopatologia | 151 |
| 05 - Diagnóstico por ultrassonografia | 250 |
| 06 - Diagnóstico por Tomografia | 500 |
| 09 - Diagnóstico por endoscopia | 80 |
| 11 - Métodos diagnósticos em especialidades | 360 |
| TOTAL | 20.205 |

X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO

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

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

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

10.1 - CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS METAS

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

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

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

10.2 Score de Indicadores de Qualidade e Desempenho Hospitalar

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

| DESCRIÇÃO | META | SCORE MÁXIMO |
|---|---|--------------|
| 1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS | | 5,0 |
| 1.1. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA) | 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: <u>Hospitais Estruturantes:</u> | 5,0 |

| | | |
|--|---|-------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • ONA nível I em 18 meses; • ONA nível 2 em 30 meses; • ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter. <p><u>Hospitais Estratégicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificação ONA 1 em 18 meses; <p><u>Hospitais de Apoio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses. <p>Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma</p> | |
| 2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS | | 5,0 |
| 2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial | <p>A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser $\geq 95\%$ dos funcionários.</p> <p>Apresentar Plano de Educação Continuada ativo e cronograma de treinamento.</p> <p>É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário</p> | 5,0 |
| 3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL | | 15,0 |
| 3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar | <p>Manter as seguintes Comissões em pleno funcionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comissão de Revisão de Prontuário; • Comissão de Óbitos; • Comissão de Ética Médica; • Comissão de Ética em Enfermagem; • Comissão de Farmácia e Terapêutica; • Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); • Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber; • Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de | 10,0 |

| | | |
|--|--|-------------|
| | <p>Serviços de Saúde (PGRSS);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino; • Comissão de Segurança do Paciente; • Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e • Grupo Técnico de Humanização (GTH). | |
| 3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente | <ul style="list-style-type: none"> • Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: • Identificação do Paciente; • Cirurgia Segura; • Prevenção de Úlcera de Pressão; • Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde; • Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos; • Prevenção de Quedas. | 5,0 |
| 4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO | | 5,0 |
| 4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada Prioritariamente pela metodologia do NPS (<i>Net Promoter Score</i>) | <p>Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital.</p> <p>Atingir resposta ótimo e bom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 65\%$ - 5,0 pontos; • 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos; • $\leq 61,99$ – zero. <p>OU</p> <p>Atingir índice do NPS 65:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SIM - 5,0 pontos; • NÃO – zero. <p>OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a ser monitorada.</p> | 5,0 |
| 5. ACESSO AO SISTEMA | | 35,0 |

| | | |
|---|---|-------------|
| 5.1. Acesso Hospitalar | Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação. Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil. | 5,0 |
| 5.2. Tempo de Regulação | Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas. | 5,0 |
| 5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado | Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de Regulação. (Leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise). | 10,0 |
| 5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada | 100% das Consultas pactuadas e definidas no DODE disponibilizadas e inseridas para visualização e controle no sistema de regulação. | 5,0 |
| 5.5 . Acesso aos Exames Especializada | 100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas e inseridos para visualização e controle no sistema de regulação. | 5,0 |
| 5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas | Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas $\leq 8\%$ Atingir percentual: <ul style="list-style-type: none"> • $\leq 8,0\%$ - 5,0 pontos; • 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos; • $\geq 10,0\%$ – zero. | 5,0 |
| 6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO | | 25,0 |
| 6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência | Alcançar e manter, em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência). | 15,0 |
| 6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir \leq a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação. | 5,0 |
| 6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir \leq a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas. | 5,0 |
| 7. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL | | 10,0 |
| 7.1. Proporção de gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha durante a internação para realização do parto | Assegurar a $\geq 95\%$ das gestantes a presença do acompanhante de livre escolha. | 2,0 |

| | | |
|--|---|--------------|
| 7.2. Preenchimento do Partograma | Ter 95% das gestantes em trabalho de parto ativo com partograma preenchido. | 2,0 |
| 7.3. Classificação de Risco (Manchester e/ou outros) | Ter 95% das gestantes internadas com avaliação no protocolo de risco. | 2,0 |
| 7.4. Taxa de Cesárea | Alcançar, no máximo, 52% de partos cesários por mês. | 2,0 |
| 7.5. Proporção de RN com apgar de 5º minuto ≤ 7 | Ter no máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto ≤ 7 . | 2,0 |
| TOTAL | | 100,0 |

XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

| HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS | | | |
|--|------------------|-------------------------------------|------------------|
| RESUMO ORÇAMENTO - 14º Termo Aditivo - ABRIL DE 2024 À MAIO DE 2024 | | | |
| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL | | | |
| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO 70% | MENSAL | ABRIL DE 2024 A MAIO DE 2024 | TOTAL |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual | R\$ 4.508.794,21 | R\$ 9.017.588,43 | R\$ 9.017.588,43 |
| LEITOS - Sala Vermelha - Pronto Socorro - Recurso Estadual | R\$ 843.007,20 | R\$ 1.686.014,40 | R\$ 1.686.014,40 |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal | R\$ 744.123,78 | R\$ 1.488.247,56 | R\$ 1.488.247,56 |
| IAC - Incentivo a contratualização - Recurso Federal | R\$ 201.745,74 | R\$ 403.491,48 | R\$ 403.491,48 |
| Incentivo Integrasus - Recurso Federal | R\$ 3.410,81 | R\$ 6.821,62 | R\$ 6.821,62 |
| Rede de Atenção de Urgência e Emergência - UTI - Recurso Federal | R\$ 17.590,08 | R\$ 35.180,16 | R\$ 35.180,16 |
| Rede Cegonha - UTIN - Recurso Federal | R\$ 43.975,20 | R\$ 87.950,40 | R\$ 87.950,40 |
| Incentivo Federal - Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Espírito Santo | R\$ 448.547,04 | R\$ 897.094,08 | R\$ 897.094,08 |

| | | | |
|--|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| - Portaria GM/MS de 21/12/2023 - Recurso Federal | | | |
| Portaria GM/MS 3.416 de 25/03/24 - Recurso Federal - Piso da Enfermagem | R\$ 0,00 | R\$ 730.288,09 | R\$ 730.288,09 |
| Portaria GM/MS 2648 de 22/12/2023 - Recurso Federal - Emenda Federal | R\$ 0,00 | R\$ 4.000.000,00 | R\$ 4.000.000,00 |
| SUBTOTAL - RECURSO ESTADUAL | R\$ 5.351.801,41 | R\$ 10.703.602,83 | R\$ 10.703.602,83 |
| SUBTOTAL - RECURSO FEDERAL | R\$ 1.459.392,65 | R\$ 7.649.073,39 | R\$ 7.649.073,39 |
| TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 6.811.194,06 | R\$ 18.352.676,21 | R\$ 18.352.676,21 |
| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO 30% | MENSAL | ABRIL DE 2024 A MAIO DE 2024 | TOTAL |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual | R\$ 1.932.340,38 | R\$ 3.864.680,75 | R\$ 3.864.680,75 |
| LEITOS - Sala Vermelha - Pronto Socorro- Recurso Estadual | R\$ 361.288,80 | R\$ 722.577,60 | R\$ 722.577,60 |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal | R\$ 318.910,19 | R\$ 637.820,38 | R\$ 637.820,38 |
| SUBTOTAL - RECURSO ESTADUAL | R\$ 2.293.629,18 | R\$ 4.587.258,35 | R\$ 4.587.258,35 |
| SUBTOTAL - RECURSO FEDERAL | R\$ 318.910,19 | R\$ 637.820,38 | R\$ 637.820,38 |
| TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 2.612.539,37 | R\$ 5.225.078,74 | R\$ 5.225.078,74 |
| TOTAL PRÉ - FIXADO - ESTADUAL | R\$ 7.645.430,59 | R\$ 15.290.861,18 | R\$ 15.290.861,18 |
| TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL | R\$ 1.778.302,84 | R\$ 8.286.893,77 | R\$ 8.286.893,77 |
| TOTAL PRÉ - FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 9.423.733,43 | R\$ 23.577.754,95 | R\$ 23.577.754,95 |
| COMPONENTE PÓS - FIXADO | MENSAL | ABRIL DE 2024 A MAIO DE 2024 | TOTAL |
| Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Recurso Federal | R\$ 196.349,66 | R\$ 392.699,32 | R\$ 392.699,32 |
| Consultas - Recurso Estadual (Portaria 083-R/2019) | R\$ 19.000,00 | R\$ 38.000,00 | R\$ 38.000,00 |
| Exames - Recurso Estadual (Portaria 015-R/2020) | R\$ 27.628,60 | R\$ 55.257,20 | R\$ 55.257,20 |
| OPME - Alta complexidade - Recurso Federal | R\$ 23.067,00 | R\$ 46.134,00 | R\$ 46.134,00 |

| | | | |
|---|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| OPME - Não padronizada - Recurso Estadual (Portaria 061-R/2023) | R\$ 44.105,10 | R\$ 88.210,20 | R\$ 88.210,20 |
| TOTAL PÓS - FIXADO FEDERAL | R\$ 219.416,66 | R\$ 438.833,32 | R\$ 438.833,32 |
| TOTAL PÓS - FIXADO ESTADUAL | R\$ 90.733,70 | R\$ 181.467,40 | R\$ 181.467,40 |
| TOTAL FEDERAL | R\$ 1.997.719,50 | R\$ 8.725.727,09 | R\$ 8.725.727,09 |
| TOTAL ESTADUAL | R\$ 7.736.164,29 | R\$ 15.472.328,58 | R\$ 15.472.328,58 |
| TOTAL PÓS - FIXADO - FEDERAL + ESTADUAL | R\$ 310.150,36 | R\$ 620.300,72 | R\$ 620.300,72 |
| TOTAL DO CONVÊNIO | R\$ 9.733.883,79 | R\$ 24.198.055,67 | R\$ 24.198.055,67 |
| TOTAL DO ADITIVO | | | R\$ 4.730.288,09 |

APROVAÇÃO

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de **R\$ 24.198.055,67** (vinte e quatro milhões e cento e noventa e oito mil e cinquenta e cinco reais e sessenta e sete centavos).

Assinatura e carimbo da Concedente

Nome:

ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA

CPF: 926.326.297-72

Assinatura

Assinatura e carimbo da Convenente

Nome:

**WINSTON ROBERTO SOARES VIEIRA
MACHADO**

CPF: 049.111.807-49

Assinatura

Vitória (ES), 16 de abril de 2024.

ANEXOS

- **ANEXO A: ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS**
- **ANEXO B – FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO – SCORE**
- **ANEXO C – PLANO DE TRABALHO**
- **ANEXO D - CNES**

ANEXO A - ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

LEITOS HOSPITALARES

| TIPO DE LEITOS | Nº LEITOS | QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS | VALOR DA DIÁRIA DO LEITO | VALOR TOTAL MENSAL |
|--|------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Clínica Médica – Enfermaria Adulto | 40 | 1094,4 | R\$ 700,00 | R\$ 766.080,00 |
| Clínica Médica – Enfermaria Pediátrico | 50 | 1368 | R\$ 700,00 | R\$ 957.600,00 |
| Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto | 25 | 646 | R\$ 782,00 | R\$ 505.172,00 |
| Clínica Cirúrgica – Enfermaria Pediátrico | 12 | 310,08 | R\$ 782,00 | R\$ 242.482,56 |
| UTI Adulto | 40 | 1094,4 | R\$ 1.385,00 | R\$ 1.515.744,00 |
| UTI Pediátrico | 28 | 766,08 | R\$ 1.385,00 | R\$ 1.061.020,80 |
| UTI Neonatal (UTIN) | 19 | 519,84 | R\$ 1.225,00 | R\$ 636.804,00 |
| Intermediária Neonatal Convencional (UCINCO) | 19 | 519,84 | R\$ 1.294,00 | R\$ 672.672,96 |
| Intermediária Neonatal Canguru (UCINCA) | 10 | 273,6 | R\$ 700,00 | R\$ 191.520,00 |
| TOTAL | 243 | | | R\$ 6.549.096,32 |
| TIPO DE LEITOS | Nº LEITOS | QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS | VALOR DIÁRIA DE LEITO | VALOR TOTAL MENSAL |
| Clínica Obstétrica – Maternidade Alto Risco | 13 | 335,92 | R\$ 1.105,00 | R\$ 371.191,60 |
| Clínica Obstétrica – Maternidade de Risco Habitual | 28 | 723,52 | R\$ 807,00 | R\$ 583.880,64 |
| TOTAL | 41 | | | R\$ 955.072,24 |
| TOTAL DE LEITOS | 284 | | | R\$ 7.504.168,56 |
| TIPO DE LEITOS | Nº LEITOS | QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS | VALOR DIÁRIA DE LEITO | VALOR TOTAL MENSAL |
| U/E Sala Vermelha | 15 | 456 | R\$ 2.641,00 | R\$ 1.204.296,00 |
| TOTAL | 15 | | R\$ 2.641,00 | R\$ 1.204.296,00 |

| | | | |
|------------------------------|------------|--|-------------------------|
| TOTAL GERAL DE LEITOS | 299 | | R\$ 8.708.464,56 |
|------------------------------|------------|--|-------------------------|

SIA - MÉDIA COMPLEXIDADE

| HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------|------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------|
| RECURSO FEDERAL | | | | | | | | |
| Grupo | Subgrupo | Forma Organizacional | Quant/ mês | Valor Unitário | Valor/mês | Quant 1º Veiz (Acesso) | Quant autogestão (retorno) | |
| 02- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica | 01 - Coleta de material | 01 - Coleta de material por meio de punção/biopsia | 1 | R\$ 23,37 | R\$ 23,37 | 0 | 1 | |
| | 02 - Diagnóstico Laboratório Clínico | 01 - Exames Bioquímicos | | 9.458 | R\$ 2,73 | R\$ 25.820,34 | 0 | 9.458 |
| | | 02 - Exames Hematológicos e Hemostasia | | 2.998 | R\$ 3,64 | R\$ 10.912,72 | 0 | 2.998 |
| | | 03 - Exames Sorológicos e Imunológicos | | 2.522 | R\$ 13,52 | R\$ 34.097,44 | 0 | 2.522 |
| | | 04 - Exames Coprológicos | | 555 | R\$ 1,67 | R\$ 926,85 | 0 | 555 |
| | | 05 - Exames de Uroanálise | | 1.434 | R\$ 3,71 | R\$ 5.320,14 | 0 | 1.434 |
| | | 06 - Exames Hormonais | | 1.017 | R\$ 10,08 | R\$ 10.251,36 | 0 | 1.017 |
| | | 07 - Exames Toxicológicos ou de Monitorização Terapêutica | | 16 | R\$ 13,01 | R\$ 208,16 | 0 | 16 |
| | | 08 - Exames Microbiológicos | | 585 | R\$ 5,20 | R\$ 3.042,00 | 0 | 585 |
| | | 09 - Exames em Outros Líquidos Biológicos | | 67 | R\$ 2,00 | R\$ 134,00 | 0 | 67 |
| | | 12 - Exames Imunohematológicos | | 211 | R\$ 1,45 | R\$ 305,95 | 0 | 211 |
| | | 03 - Diagnóstico por Anatomia Patológica e | 01 - Exames Citopatológicos | | 150 | R\$ 20,96 | R\$ 3.144,00 | 0 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---------------|-----------|-----------------------|------------|---------------|
| | Cipatologia | 02 - Exames Anatomopatológicos | 1 | R\$ 92,00 | R\$ 92,00 | 0 | 1 |
| | 05- Diagnóstico por ultrassonografia | 01 - Ultrassonografia do Sistema circulatório | 80 | R\$ 67,86 | R\$ 5.428,80 | 48 | 32 |
| | | 01- Ultrassonografia do sistema circulatório (qualquer região anatômica). Ultrassonografia de Doppler de Fluxo Obstétrico | 10 | R\$ 42,90 | R\$ 429,00 | 5 | 5 |
| | | 02 - Ultrassonografia dos demais Sistemas | 210 | R\$ 24,20 | R\$ 5.082,00 | 105 | 105 |
| | | 02 - Ultrassonografia dos demais Sistemas (Abdômen Total) | 40 | R\$ 37,95 | R\$ 1.518,00 | 20 | 20 |
| | 09 - Diagnóstico em Endoscopia | 04 - Videolaringoscopia | 80 | R\$ 45,50 | R\$ 3.640,00 | 64 | 16 |
| | 11- Métodos Diagnósticos em Especialidades | 07- Diagnóstico em Otorrinolaringologia/fonoaudiologia (Testes Vestibulares – Otoneurológicos / BERA) | 80 | R\$ 13,51 | R\$ 1.080,80 | 40 | 40 |
| | | Grupo Audiometria | 250 | R\$ 24,75 | R\$ 6.187,50 | 100 | 150 |
| | | 09 - Diagnostico em Urologia – Avaliação Urodinâmica Completa | 30 | R\$ 7,62 | R\$ 228,60 | 18 | 12 |
| 03- Procedimentos Clínicos | 01 - Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos | 01 - Consultas Médicas | 950 | R\$ 10,00 | R\$ 9.500,00 | 488 | 462 |
| TOTAL | | | 20.745 | | R\$ 127.373,03 | 888 | 19.857 |
| Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. | | | | | | | |

SIA DE ALTA COMPLEXIDADE

| RECURSO FEDERAL | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--|-------------------|-----------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Grupo | Subgrupo | Forma Organizacional | Quant/ mês | Valor Unitário | Valor/mês | Quant 1º Vez (Acesso) | Quant autogestão (retorno) |
| 02- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica | 06 - Diagnóstico por tomografia | 01- Tomografia da cabeça, pescoço e coluna vertebral | 500 | R\$ 138,00 | R\$ 69.000,00 | 300 | 200 |
| | | 02 - Tomografia do Tórax e membros superiores | | | | | |
| | | 03 - Tomografia do Abdômen, pelve e membros inferiores | | | | | |
| TOTAL | | | 500 | | R\$ 69.000,00 | 300 | 200 |
| <p align="center">Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.</p> | | | | | | | |

CONSULTAS

RECURSO ESTADUAL - PORTARIA 083-R/2019

03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

| ESPECIALIDADE | Oferta Mensal Contratual | Quantidade 1º Vez (Acesso) | Quantidade autogestão (retorno) | Tabela Sigtap - Valor Unitário | Tabela Sigtap - Valor Total | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Unitário | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Total |
|--|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---|--|
| CONSULTA EM ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA GERAL | 40 | 20 | 20 | R\$ 10,00 | R\$ 400,00 | R\$ 20,00 | R\$ 800,00 |
| CONSULTA EM CARDIOLOGIA PEDIATRIA | 80 | 40 | 40 | R\$ 10,00 | R\$ 800,00 | R\$ 20,00 | R\$ 1.600,00 |
| CONSULTA EM CIRURGIA GERAL ADULTO MEDIA COMPLEXIDADE | 100 | 80 | 20 | R\$ 10,00 | R\$ 1.000,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.000,00 |
| CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ADULTO | 150 | 75 | 75 | R\$ 10,00 | R\$ 1.500,00 | R\$ 20,00 | R\$ 3.000,00 |
| CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ALTA COMPLEXIDADE | 10 | 0 | 10 | R\$ 10,00 | R\$ 100,00 | R\$ 20,00 | R\$ 200,00 |
| CONSULTA EM CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA | 150 | 105 | 45 | R\$ 10,00 | R\$ 1.500,00 | R\$ 20,00 | R\$ 3.000,00 |
| CONSULTA EM CIRURGIA PEDIATRIA | 120 | 120 | 0 | R\$ 10,00 | R\$ 1.200,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.400,00 |
| CONSULTA EM CIRURGIA UROLOGIA ADULTO | 80 | 32 | 48 | R\$ 10,00 | R\$ 800,00 | R\$ 20,00 | R\$ 1.600,00 |
| CONSULTA EM NEUROCIRURGIA PEDIATRIA | 20 | 16 | 4 | R\$ 10,00 | R\$ 200,00 | R\$ 20,00 | R\$ 400,00 |
| CONSULTA EM ANESTESIOLOGIA | 100 | 0 | 100 | R\$ 10,00 | R\$ 1.000,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.000,00 |
| CONSULTA EM CARDIOLOGIA PARA RISCO CIRÚRGICO | 100 | 0 | 100 | R\$ 10,00 | R\$ 1.000,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.000,00 |
| TOTAL | 950 | 488 | 462 | | R\$ 9.500,00 | | R\$ 19.000,00 |

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

EXAMES

| RECURSO ESTADUAL - PORTARIA 015-R/2020 | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---|--|
| Ambulatório Especializado | Código do Procedimento / Forma Organizacional | Oferta Mensal Contratual | Quantidade 1º Vez (Acesso) | Quantidade autogestão (retorno) | Tabela Sigtap - Valor Unitário | Tabela Sigtap - Valor Total | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Unitário | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Total |
| ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA (PEDIÁTRICA) | 02.05.01.003-2 | 80 | 48 | 32 | R\$ 67,86 | R\$ 5.428,80 | R\$ 57,14 | R\$ 4.571,20 |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO | 02.05.01.005-9 | 10 | 5 | 5 | R\$ 42,90 | R\$ 429,00 | R\$ 82,10 | R\$ 821,00 |
| GRUPO ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO | 02.05.02 | 60 | 30 | 30 | R\$ 24,20 | R\$ 1.452,00 | R\$ 24,20 | R\$ 1.452,00 |
| GRUPO ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL | 02.05.02 | 10 | 5 | 5 | R\$ 24,20 | R\$ 242,00 | R\$ 24,20 | R\$ 242,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA | 02.05.02.014-3 | 20 | 10 | 10 | R\$ 24,20 | R\$ 484,00 | R\$ 24,20 | R\$ 484,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES) | 02.05.02.003-8 | 50 | 25 | 25 | R\$ 24,20 | R\$ 1.210,00 | R\$ 24,20 | R\$ 1.210,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL | 02.05.02.004-6 | 40 | 20 | 20 | R\$ 37,95 | R\$ 1.518,00 | R\$ 10,45 | R\$ 418,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO (RINS, BEXIGA) | 02.05.02.005-4 | 10 | 5 | 5 | R\$ 24,20 | R\$ 242,00 | R\$ 24,20 | R\$ 242,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL | 02.05.02.007-0 | 10 | 5 | 5 | R\$ 24,20 | R\$ 242,00 | R\$ 24,20 | R\$ 242,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES | 02.05.02.006-2 | 10 | 5 | 5 | R\$ 24,20 | R\$ 242,00 | R\$ 24,20 | R\$ 242,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL | 02.05.02.010-0 | 10 | 5 | 5 | R\$ 24,20 | R\$ 242,00 | R\$ 24,20 | R\$ 242,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLÓGICA) | 02.05.02.016-0 | 10 | 5 | 5 | R\$ 24,20 | R\$ 242,00 | R\$ 24,20 | R\$ 242,00 |
| ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL | 02.05.02.018-6 | 20 | 10 | 10 | R\$ 24,20 | R\$ 484,00 | R\$ 24,20 | R\$ 484,00 |
| VIDEOLARINGOSCOPIA | 02.09.04.004-1 | 80 | 64 | 16 | R\$ 45,50 | R\$ 3.640,00 | R\$ 35,50 | R\$ 2.840,00 |

| | | | | | | | | |
|---|----------------|------------|------------|-----|-----------|--------------|----------------------|--------------|
| GRUPO AUDIOMETRIA | 02.11.07 | 250 | 100 | 150 | R\$ 24,75 | R\$ 6.187,50 | R\$ 19,00 | R\$ 4.750,00 |
| AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA | 02.11.09.001-8 | 30 | 18 | 12 | R\$ 7,62 | R\$ 228,60 | R\$ 304,88 | R\$ 9.146,40 |
| TOTAL | 700 | 360 | 340 | | | | R\$ 27.628,60 | TOTAL |
| Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. | | | | | | | | |

OPME – PADRONIZADA

| RECURSO FEDERAL - VALORES DA TABELA SIGTAP | | | |
|---|---------------------|-----------------------|----------------------|
| FORMA ORGANIZAÇÃO SECUNDÁRIA | MEDIA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR MÊS |
| 07.02.05.003-2 - CARGA P/ GRAMPEADOR LINEAR | 5 | R\$ 254,00 | R\$ 1.270,00 |
| 07.02.05.004-0 - CARGA P/ GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE | 5 | R\$ 254,00 | R\$ 1.270,00 |
| 07.02.05.026-1 - GRAMPEADOR CIRCULAR INTRALUMINAL | 5 | R\$ 959,40 | R\$ 4.797,00 |
| 07.02.05.027-0 - GRAMPEADOR LINEAR | 5 | R\$ 1.033,00 | R\$ 5.165,00 |
| 07.02.05.028-8 - GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE | 5 | R\$ 1.033,00 | R\$ 5.165,00 |
| 07.02.06.001-1 - CATETER DUPLO J | 30 | R\$ 180,00 | R\$ 5.400,00 |
| TOTAL | 55 | | R\$ 23.067,00 |
| Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. | | | |

OPME NÃO PADRONIZADA

Portaria nº 061-R, de 31/07/2023

RECURSO ESTADUAL

| ITEM NA PORTARIA | DESCRIÇÃO DO ITEM | QUANT. MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MÊS |
|------------------|--|------------|----------------|----------------------|
| 38 | PINÇA ULTRASSÔNICA PARA CIRURGIA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA | 5 | R\$ 2.000,00 | R\$ 10.000,00 |
| 28 | KIT SELANTE DE FIBRINA (FIBRINOGEN, APROTIN, TROMBINA) 5ML | 5 | R\$ 1.521,02 | R\$ 7.605,10 |
| 42 | CATETER PARA DRENAGEM BILIAR | 5 | R\$ 400,00 | R\$ 2.000,00 |
| 39 | AGULHA ENDOSCÓPICA | 10 | R\$ 600,00 | R\$ 6.000,00 |
| 41 | BALÃO EXTRATOR DE CÁLCULOS | 10 | R\$ 350,00 | R\$ 3.500,00 |
| 43 | FIO GUIA PANCREATO BILIAR | 10 | R\$ 300,00 | R\$ 3.000,00 |
| 44 | PAPILOTOMO TIPO TRIPLO LUMEN OU FACA | 10 | R\$ 400,00 | R\$ 4.000,00 |
| 45 | PRÓTESE DE VIA BILIAR | 10 | R\$ 300,00 | R\$ 3.000,00 |
| 46 | CESTO EXTRATOR DE CÁLCULO RENAL, URETERAL E BILIAR | 10 | R\$ 500,00 | R\$ 5.000,00 |
| TOTAL | | 75 | | R\$ 44.105,10 |

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

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

FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO SCORE

| DESCRIÇÃO | META | SCORE MÁXIMO |
|---|--|--------------|
| 1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS | | 5,0 |
| 1.1. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA) | Apresentar no 1º Quadrimestre, após a celebração do Convênio de Contratualização, o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada, | 5,0 |

| | | |
|--|---|-------------|
| | <p>conforme abaixo:</p> <p><u>Hospitais Estruturantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ONA nível I em 18 meses; • ONA nível 2 em 30 meses; • ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter. <p><u>Hospitais Estratégicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificação ONA 1 em 18 meses; <p><u>Hospitais de Apoio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses. <p>Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma</p> | |
| 2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS | | 5,0 |
| 2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial | <p>A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser $\geq 95\%$ dos funcionários.</p> <p>Apresentar Plano de Educação Continuada ativo e cronograma de treinamento.</p> <p>É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário</p> | 5,0 |
| 3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL | | 15,0 |
| 3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar | <p>Manter as seguintes Comissões em pleno funcionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comissão de Revisão de Prontuário; • Comissão de Óbitos; • Comissão de Ética Médica; • Comissão de Ética em Enfermagem; • Comissão de Farmácia e Terapêutica; • Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); • Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber; • Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS); | 10,0 |

| | | |
|--|--|-------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino; • Comissão de Segurança do Paciente; • Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e • Grupo Técnico de Humanização (GTH). | |
| 3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente | <ul style="list-style-type: none"> • Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: • Identificação do Paciente; • Cirurgia Segura; • Prevenção de Úlcera de Pressão; • Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde; • Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos; • Prevenção de Quedas. | 5,0 |
| 4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO | | 5,0 |
| 4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada Prioritariamente pela metodologia do NPS (<i>Net Promoter Score</i>) | <p>Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital.</p> <p>Atingir resposta ótimo e bom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 65\%$ - 5,0 pontos; • 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos; • $\leq 61,99$ – zero. <p>OU</p> <p>Atingir índice do NPS 65:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SIM - 5,0 pontos; • NÃO – zero. <p>OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a ser monitorada.</p> | 5,0 |
| 5. ACESSO AO SISTEMA | | 35,0 |
| 5.1. Acesso Hospitalar | Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central | 5,0 |

| | | |
|---|---|-------------|
| | de regulação de internação. Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil. | |
| 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 e inseridas para visualização e controle no sistema de regulação. | 5,0 |
| 5.5 . Acesso aos Exames Especializada | 100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas e inseridos para visualização e controle no sistema de regulação. | 5,0 |
| 5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas | Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas $\leq 8\%$ Atingir percentual: <ul style="list-style-type: none"> • $\leq 8,0\%$ - 5,0 pontos; • 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos; • $\geq 10,0\%$ – zero. | 5,0 |
| 6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO | | 25,0 |
| 6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência | Alcançar e manter, em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência). | 15,0 |
| 6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir \leq a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação. | 5,0 |
| 6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir \leq a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas. | 5,0 |
| 7. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL | | 10,0 |
| 7.1. Proporção de gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha durante a internação para realização do parto | Assegurar a $\geq 95\%$ das gestantes a presença do acompanhante de livre escolha. | 2,0 |
| 7.2. Preenchimento do Partograma | Ter 95% das gestantes em trabalho de parto ativo com partograma preenchido. | 2,0 |
| 7.3. Classificação de Risco (Manchester e/ou | Ter 95% das gestantes internadas com avaliação no protocolo de risco. | 2,0 |

| | | |
|--|---|--------------|
| outros) | | |
| 7.4. Taxa de Cesárea | Alcançar, no máximo, 52% de partos cesários por mês. | 2,0 |
| 7.5. Proporção de RN com apgar de 5º minuto ≤ 7 | Ter no máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto ≤ 7 . | 2,0 |
| TOTAL | | 100,0 |

ANEXO C – PLANO DE TRABALHO

ANEXO D - CNES

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 26/03/2024

CNES: 2485729 Nome Fantasia: HIFA HOSPITAL MATERNO INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS CNPJ: 27.192.590/0001-58
Nome Empresarial: HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS
Logradouro: RUA CORONEL GUARDIA Número: 100 Complemento: PREDIO
Bairro: CENTRO Município: 320120 - CACHOEIRO DE UF: ES
CEP: 29300-070 Telefone: (28)2101-5656 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 002
Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL
Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ALINE VIEIRA SCHARRA
Cadastrado em: 17/12/2003 Atualização na base local: 14/08/2023 Última atualização Nacional: 25/03/2024
Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

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

Endereço Complementar

ENDERECO COMPLEMENTAR 2

| | | | | | | |
|------------------|-------------------------|-------------|----------|--------|---------------|------|
| Logradouro | Número | Complemento | | Bairro | | |
| ESTRELA DO NORTE | S/N | | | SUMARE | | |
| Uf | Município | Cep | Telefone | E-mail | Data Ativação | Data |
| ES | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 29304507 | | | 08/07/2012 | |

| Serviço | Classificação | Tipo |
|---------|---------------|---------|
| 140 | 007 | PROPRIO |

ENDERECO COMPLEMENTAR 3

| | | | | | | |
|------------------|-------------------------|-------------|----------|------------------|---------------|------|
| Logradouro | Número | Complemento | | Bairro | | |
| BOLIVAR DE ABREU | 58 | | | AQUIDABAN | | |
| Uf | Município | Cep | Telefone | E-mail | Data Ativação | Data |
| ES | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 29308162 | 21015646 | hifa@hifa.org.br | 01/03/2020 | |

| Serviço | Classificação | Tipo |
|---------|---------------|---------|
| 140 | 004 | PROPRIO |
| 140 | 005 | PROPRIO |
| 140 | 006 | PROPRIO |
| 140 | 007 | PROPRIO |
| 140 | 008 | PROPRIO |
| 140 | 012 | PROPRIO |

| | | |
|-----|-----|---------|
| 140 | 016 | PROPRIO |
| 140 | 019 | PROPRIO |

ENDERECO COMPLEMENTAR 4

| | | | | | |
|----------------------------|----------|-------------|--------|---------------|------|
| Logradouro | Número | Complemento | Bairro | | |
| CORONEL GUARDIA | 83 | | SUMARE | | |
| Uf Município | Cep | Telefone | E-mail | Data Ativação | Data |
| ES CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 29304511 | 21015656 | | 27/02/2012 | |

| Serviço | Classificação | Tipo |
|---------|---------------|---------|
| 142 | 002 | PROPRIO |

POLICLINICA GENTE

| | | | | | |
|----------------------------|----------|-------------|------------|---------------|------|
| Logradouro | Número | Complemento | Bairro | | |
| PINHEIRO JUNIOR | 39 | | IBITIQUARA | | |
| Uf Município | Cep | Telefone | E-mail | Data Ativação | Data |
| ES CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 29307201 | 35215704 | hifa@hifa | 27/10/2022 | |

| Serviço | Classificação | Tipo |
|---------|---------------|---------|
| 121 | 001 | PROPRIO |
| 135 | 010 | PROPRIO |
| 142 | 002 | PROPRIO |
| 145 | 001 | PROPRIO |
| 145 | 002 | PROPRIO |

| | | |
|-----|-----|---------|
| 145 | 003 | PROPRIO |
| 145 | 009 | PROPRIO |

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE

009 - INTERNACAO

| |
|--|
| Grupo > Atividade Secundária |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 013 - ASSISTENCIA OBSTETRICA E NEONATAL |

Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

| Instalação | Qtde./Consultório | Leitos/Equipamentos |
|--|-------------------|---------------------|
| URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | | |
| CONSULTORIOS MEDICOS | 2 | 0 |
| SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO | 1 | 0 |
| SALA DE CURATIVO | 1 | 0 |
| SALA PEQUENA CIRURGIA | 1 | 0 |

| | | |
|--|----|----|
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA | 1 | 5 |
| SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO | 15 | 15 |
| AMBULATORIAL | | |
| CLINICAS BASICAS | 2 | 0 |
| CLINICAS ESPECIALIZADAS | 1 | 0 |
| OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS | 2 | 0 |
| SALA DE CURATIVO | 1 | 0 |
| SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS) | 1 | 0 |
| SALA DE GESSO | 1 | 0 |
| SALA DE NEBULIZACAO | 1 | 0 |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA | 1 | 4 |
| HOSPITALAR | | |
| LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO | 41 | 41 |
| SALA DE CIRURGIA | 2 | 0 |
| SALA DE CIRURGIA | 1 | 1 |
| SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL | 1 | 0 |
| SALA DE CURETAGEM | 1 | 1 |
| SALA DE PARTO NORMAL | 2 | 2 |
| SALA DE PRE-PARTO | 1 | 1 |
| SALA DE RECUPERACAO | 1 | 1 |

Serviços de

| Serviço | Característica |
|---|----------------|
| AMBULANCIA | PROPRIO |
| CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS | PROPRIO |
| FARMACIA | PROPRIO |
| LACTARIO | PROPRIO |
| LAVANDERIA | TERCEIRIZADO |
| NECROTERIO | PROPRIO |
| NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.) | PROPRIO |
| S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Pronto-atendimento de Paciente) | PROPRIO |
| SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS | TERCEIRIZADO |
| SERVICO SOCIAL | PROPRIO |

Serviços especializados

| Código | Serviço | Característica | Ambulatorial | | Hospitalar | |
|--------|--|----------------|--------------|---------|------------|---------|
| | | | SUS | Não SUS | SUS | Não SUS |
| 107 | ATENCAO A SAUDE AUDITIVA | PROPRIO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 107 | ATENCAO A SAUDE AUDITIVA | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 165 | ATENCAO AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 169 | ATENCAO EM UROLOGIA | PROPRIO | NÃO | NÃO | SIM | NÃO |
| 170 | COMISSOES E COMITES | PROPRIO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 135 | REABILITACAO | PROPRIO | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| 135 | REABILITACAO | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |

| | | | | | | |
|-----|---|--------------|-----|-----|-----|-----|
| 110 | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 112 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | PROPRIO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 112 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 116 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA | PROPRIO | NÃO | NÃO | SIM | NÃO |
| 105 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 114 | SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 115 | SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL | PROPRIO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 163 | SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS | PROPRIO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO | PROPRIO | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO | TERCEIRIZADO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO | TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 120 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | PROPRIO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | PROPRIO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | PROPRIO | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | TERCEIRIZADO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | TERCEIRIZADO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | TERCEIRIZADO | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |

| | | | | | | |
|-----|---|--------------|-----|-----|-----|-----|
| 122 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 122 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | TERCEIRIZADO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 142 | SERVICO DE ENDOSCOPIA | PROPRIO | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| 142 | SERVICO DE ENDOSCOPIA | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 142 | SERVICO DE ENDOSCOPIA | TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 125 | SERVICO DE FARMACIA | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 126 | SERVICO DE FISIOTERAPIA | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 128 | SERVICO DE HEMOTERAPIA | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 128 | SERVICO DE HEMOTERAPIA | TERCEIRIZADO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 128 | SERVICO DE HEMOTERAPIA | TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 131 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA | TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 136 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL | PROPRIO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 162 | SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA | PROPRIO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 155 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | PROPRIO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | PROPRIO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | PROPRIO | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 146 | SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA | PROPRIO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 149 | TRANSPLANTE | PROPRIO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |

Comissões e

| Descrição |
|---------------------------------|
| ETICA DE ENFERMAGEM |
| CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR |
| CIPA |
| ANALISE DE OBITOS E BIOPISIAS |
| ETICA MEDICA |
| FARMACIA E TERAPEUTICA |
| 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 |
| 126 - 004 | SERVICO DE FISIOTERAPIA | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI | NÃO | NAO INFORMADO |
| 126 - 001 | SERVICO DE FISIOTERAPIA | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON | 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 DISFUNCIONES MUSCULO ESQUELET | NÃO | NAO INFORMADO |
| 135 - 010 | REABILITACAO | ATENCAO FONOAUDIOLOGICA | NÃO | NAO INFORMADO |
| 165 - 001 | ATENCAO AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL | ATENCAO INTEGRAL AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 005 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) | NÃO | NAO INFORMADO |
| 115 - 002 | SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL | ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL | NÃO | NAO INFORMADO |
| 112 - 005 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | CENTRO DE PARTO NORMAL | NÃO | NAO INFORMADO |

| | | | | |
|-----------|---|--|-----|---------------|
| 114 - 006 | SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL | CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL | NÃO | NAO INFORMADO |
| 116 - 002 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA | CIRURGIA CARDIOVASCULAR (ADULTO) | NÃO | NAO INFORMADO |
| 116 - 004 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA | CIRURGIA VASCULAR | NÃO | NAO INFORMADO |
| 146 - 002 | SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA | CIRURGICA | NÃO | NAO INFORMADO |
| 110 - 002 | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA | CONTRACEPCAO CLINICA | NÃO | NAO INFORMADO |
| 126 - 008 | SERVICO DE FISIOTERAPIA | DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL | NÃO | NAO INFORMADO |
| 107 - 004 | ATENCAO A SAUDE AUDITIVA | DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA | NÃO | NAO INFORMADO |
| 128 - 002 | SERVICO DE HEMOTERAPIA | DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA | SIM | 2485680 |
| 131 - 001 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA | DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA | SIM | 3092011 |
| 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 | SIM | 2547821 |
| 142 - 002 | SERVICO DE ENDOSCOPIA | DO APARELHO RESPIRATORIO | NÃO | NAO INFORMADO |
| 142 - 003 | SERVICO DE ENDOSCOPIA | DO APARELHO URINARIO | NÃO | NAO INFORMADO |
| 136 - 002 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL | ENTERAL PARENTERAL | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 004 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ | NÃO | NAO INFORMADO |
| 122 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | EXAME ELETROCARDIOGRAFICO | SIM | 5125243 |
| 122 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | EXAME ELETROCARDIOGRAFICO | NÃO | NAO INFORMADO |
| 122 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO | NÃO | NAO INFORMADO |
| 120 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS | SIM | 2695014 |
| 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 | 2695014 |
| 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 | 2695014 |
| 145 - 005 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO | EXAMES DE UROANALISE | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 010 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO | EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO | EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 006 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO | EXAMES HORMONAIIS | 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 - 012 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO | EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL | SIM | 2695014 |
| 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 |
| 110 - 003 | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA | LAQUEADURA | NÃO | NAO INFORMADO |
| 128 - 004 | SERVICO DE HEMOTERAPIA | MEDICINA TRANSFUSIONAL | SIM | 2485680 |
| 128 - 004 | SERVICO DE HEMOTERAPIA | MEDICINA TRANSFUSIONAL | NÃO | NAO INFORMADO |
| 162 - 002 | SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA | NEONATAL | NÃO | NAO INFORMADO |
| 163 - 001 | SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS | NEONATAL CONVENCIONAL | NÃO | NAO INFORMADO |
| 105 - 001 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA | NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO | NÃO | NAO INFORMADO |
| 170 - 001 | COMISSOES E COMITES | NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE | NÃO | NAO INFORMADO |
| 112 - 003 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL | NÃO | NAO INFORMADO |

| | | | | |
|-----------|--------------------------------------|--|-----|---------------|
| 163 - 003 | SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS | PEDIATRICO | NÃO | NAO INFORMADO |
| 162 - 003 | SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA | PEDIATRICO | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 006 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | PRONTO ATENDIMENTO CLINICO | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 008 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 007 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 019 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 012 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | PRONTO SOCORRO PEDIATRICO | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 016 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPEDICO | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | RADIOLOGIA | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 006 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | RESSONANCIA MAGNETICA | SIM | 3886506 |
| 155 - 001 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA | NÃO | NAO INFORMADO |
| 155 - 003 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGENCIA | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | SIM | 9584498 |
| 121 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | NÃO | NAO INFORMADO |
| 107 - 006 | ATENCAO A SAUDE AUDITIVA | TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | ULTRASONOGRAFIA | SIM | 2485680 |
| 121 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | ULTRASONOGRAFIA | SIM | 6794262 |
| 121 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | ULTRASONOGRAFIA | NÃO | NAO INFORMADO |
| 169 - 001 | ATENCAO EM UROLOGIA | UROLOGIA GERAL | NÃO | NAO INFORMADO |

Outros

| Nível de hierarquia | Tipo de unidade | Turno de atendimento |
|--|-----------------|--|
| | HOSPITAL GERAL | ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS) |
| Hospital avaliado segundo o NBAH do MS | | |
| NÃO | | |

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

| Equipamento | Existente | Em uso | SUS |
|---|-----------|--------|-----|
| EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA | | | |
| IMITANCIOMETRO | 2 | 2 | SIM |
| EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | | | |
| DERMATOSCOPIO | 1 | 1 | SIM |
| Raio X ate 100 mA | 1 | 1 | SIM |
| Tomógrafo Computadorizado | 1 | 1 | SIM |
| ULTRASSOM PORTATIL | 1 | 1 | SIM |
| Ultrassom Convencional | 1 | 1 | SIM |
| EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA | | | |
| AR CONDICIONADO | 30 | 30 | SIM |
| Grupo Gerador | 1 | 1 | SIM |
| EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA | | | |
| Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato | 1 | 1 | SIM |

| | | | |
|--------------------------------------|-----|-----|-----|
| Caneta de Alta Rotacao | 1 | 1 | SIM |
| Equipo Odontologico | 1 | 1 | SIM |
| EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA | | | |
| Berço Aquecido | 24 | 20 | SIM |
| Bilirrubinometro | 5 | 5 | SIM |
| Bomba de Infusao | 321 | 291 | SIM |
| Desfibrilador | 14 | 14 | SIM |
| Equipamento de Fototerapia | 9 | 5 | SIM |
| GRUPO GERADOR PORTATIL (ATE 7 KVA) | 3 | 3 | SIM |
| Incubadora | 7 | 5 | SIM |
| MONITOR MULTIPARAMETRO | 3 | 3 | SIM |
| Marcapasso Temporario | 1 | 1 | SIM |
| Monitor de ECG | 85 | 76 | SIM |
| Monitor de Pressao Invasivo | 40 | 37 | SIM |
| Monitor de Pressao Nao-Invasivo | 85 | 76 | SIM |
| Reanimador Pulmonar/AMBU | 109 | 91 | SIM |
| Respirador/Ventilador | 79 | 69 | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS | | | |
| Eletrocardiografo | 6 | 6 | SIM |
| Eletroencefalografo | 3 | 3 | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS | | | |

| | | | |
|-----------------------------------|---|---|-----|
| Endoscópio Digestivo | 1 | 1 | SIM |
| Endoscópio das Vias Respiratórias | 1 | 1 | SIM |
| Endoscópio das Vias Urinárias | 1 | 1 | SIM |
| Laparoscópio/Vídeo | 1 | 1 | SIM |
| Microscópio Cirúrgico | 1 | 1 | SIM |
| OUTROS EQUIPAMENTOS | | | |
| Equipamento para Hemodialise | 1 | 1 | SIM |

Resíduos/Rejeitos

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

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

NÚMERO DE SALAS - COLETA

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

NÚMERO DE SALAS - PROCESSAMENTO

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

NÚMERO DE SALAS - LABORATÓRIO

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

NÚMERO DE SALAS - ATENDIMENTO

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

EQUIPAMENTOS - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

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

| | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|
| null | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|

Serviço de referência e manutenção

| Serviço | Razão Social | CNPJ | Município |
|---------|--------------|------|-----------|
|---------|--------------|------|-----------|

Formalização

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| Médico hemoterapeuta responsável | CPF |
| GRAZIELLE SILVA FERREIRA GRILLO | 08683187799 |
| Médico hematologista responsável | CPF |
| Não informado | |
| Responsável técnico / sorologista | CPF |
| Não informado | |
| Médico capacitado responsável | CPF |
| Não informado | |

Habilitações

| Código | Descrição | Origem | Competência Inicial | Competência Final | Portaria | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|---|----------|---------------------|-------------------|--------------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
| 2301 | UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL* | NACIONAL | 12/2016 | 99/9999 | PT SAS 2638 | 29/12/2016 | | 21/06/2017 | 21/06/2017 |
| 2304 | ENTERAL E PARENTERAL | NACIONAL | 12/2016 | 99/9999 | PT SAS 2638 | 29/12/2016 | | 21/06/2017 | 21/06/2017 |
| 2601 | UTI II ADULTO | NACIONAL | 10/2022 | 99/9999 | RP 468/GM/MS | 14/04/2023 | 40 | 13/06/2023 | 05/10/2022 |
| 2603 | UTI II PEDIATRICA | NACIONAL | 11/2003 | 99/9999 | PT GM 1897 | 29/07/2020 | 18 | 30/07/2020 | |
| 2610 | UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II - UTIN II | NACIONAL | 03/2014 | 99/9999 | SAS 146 | 05/03/2014 | 5 | 31/03/2014 | 31/03/2014 |

| Código | Descrição | Origem | Competência Inicial | Competência Final | Portaria | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|---|----------|---------------------|-------------------|------------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
| 2802 | UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCO) | NACIONAL | 12/2022 | 99/9999 | 4455/GM/MS | 21/12/2022 | 15 | 22/12/2022 | 22/12/2022 |
| 2803 | UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU (UCINCA) | NACIONAL | 12/2022 | 99/9999 | 4409/GM/MS | 20/12/2022 | 10 | 21/12/2022 | 21/12/2022 |

Incentivos

| Código | Descrição | Competência Inicial | Competência Final | Portaria | Data Portaria | Leitos SUS | Data da Atualização |
|--------|---|---------------------|-------------------|------------|---------------|------------|---------------------|
| 8273 | UTI ADULTO RUE TIPO II - NOVOS | 12/2023 | 99/9999 | 2621/GM/MS | 21/12/2023 | 40 | 18/03/2024 |
| 8276 | UTI PEDIATRICO RUE TIPO II - QUALIFICADOS | 06/2016 | 99/9999 | 2621/GM/MS | 21/12/2023 | 13 | 10/06/2021 |

Data desativação: --

Motivo desativação: --

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

WINSTON ROBERTO SOARES VIEIRA MACHADO

CIDADÃO

assinado em 16/04/2024 12:01:29 -03:00

ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA

SUBSECRETARIO ESTADO

SSEC - SESA - GOVES

assinado em 16/04/2024 12:15:16 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 16/04/2024 12:15:16 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por MARCELO GONCALVES COELHO (ENFERMEIRO - DT - 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/2024-3K14L8>