



---

**CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 009/2022**

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022- 10H8S

**22º TERMO ADITIVO** AO CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº **009/2022**, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE ESPÍRITO SANTO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E A **FUNDAÇÃO BENEFICIENTE RIO DOCE – HOSPITAL RIO DOCE**, VISANDO O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (SUS/ES).

O **ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, doravante denominado **CONCEDENTE**, órgão da Administração Direta do Poder Executivo, inscrita no CNPJ: **27.080.605/0001-96**, com sede na rua Engenheiro Guilherme José Monjardim Varejão, nº 255, Ed. Enseada Plaza, Enseada do Suá, Vitória - ES, CEP: 29050-360, no uso de suas atribuições de gestora do **FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FES**, inscrita no CNPJ: 06.893.466/0001-40, representada neste ato pelo Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde, respondendo, **CÉLIA LÚCIA VIEIRA**, Brasileira, Divorciada, Administradora, CPF: 007.706.517-47, nomeada pelo Decreto nº 1646-S, de 19/08/2024 e, do outro lado a **FUNDAÇÃO BENEFICIENTE RIO DOCE – HOSPITAL RIO DOCE**, inscrito no CNPJ / MF sob o nº 27.836.329/0001-43, com sede na Av. João Felipe Calmon, 1245, Centro, Linhares/ES, doravante denominada **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL** representada pelo Provedor, Sr. **ARLES GUERRA DE MIRANDA**, portador da carteira de identidade nº. 191.576/SSP-ES, e inscrito no CPF sob o nº. 190.067.487-49, resolvem celebrar o presente **22º 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 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 11.867, de 19 de julho de 2023; LOA nº 12.024, de 26 de dezembro de 2023 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 de Recurso Financeiro referente à **Portaria GM/MS nº 4.926 DE 25 de Julho de 2024** da Parcela de **Julho/2024** do Piso da Enfermagem – Recurso Federal , fundamentação Jurídica da Lei 14.434/2022 e **Portaria GM MS Nº 4.727 de 04/07/2024 - Resolução CIB Nº 143/2024 e Portaria GM/MS nº 3.604 de 19 de Abril de 2024 - CIB Nº 125/2024 - Recurso Federal;** **(b)** Acréscimo financeiro de **R\$ 2.071.400,60 (Dois milhões setenta e um mil e quatrocentos reais e sessenta centavos)**, referente ao objeto **(a)** 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:**



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**6.1-** O valor total do presente **Convênio de Contratualização** passa a ser de **R\$ 231.858.797,27** (Duzentos e trinta e um milhões oitocentos e cinquenta e oito mil setecentos e noventa e sete reais e vinte e sete centavos).

**6.1.1** - O Recurso Financeiro aplicado ao **Convênio de contratualização** inicial foi de **R\$ 85.097.340,19** (oitenta e cinco milhões noventa e sete mil trezentos e quarenta reais e dezenove centavos).

**6.1.2** - O Recurso Financeiro aplicado ao **1º Termo Aditivo** foi de **R\$ 638.000,00** (seiscentos e trinta e oito mil reais).

**6.1.3** - O Recurso Financeiro aplicado ao **2º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.043.402,36** (um milhão, quarenta e três mil, quatrocentos e dois reais e trinta e seis centavos).

**6.1.4** - O Recurso Financeiro aplicado ao **3º Termo Aditivo** foi de **R\$ 373.691,25** (trezentos e setenta e três mil, seiscentos e noventa e um reais e vinte e cinco centavos).

**6.1.5** - O Recurso Financeiro aplicado ao **4º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.873.439,83** (um milhão, oitocentos e setenta e três mil, quatrocentos e trinta e nove reais e oitenta e três centavos).

**6.1.6** - O Recurso Financeiro aplicado ao **5º Termo Aditivo** foi de **R\$ 15.596.886,75** (quinze milhões, quinhentos e noventa e seis mil, oitocentos e oitenta e seis reais e setenta e cinco centavos).

**6.1.7** - O Recurso Financeiro aplicado ao **6º Termo Aditivo** foi de **R\$ 196.564,00** (cento e noventa e seis mil, quinhentos e sessenta e quatro reais).

**6.1.8** - O Recurso Financeiro aplicado ao **7º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.603.064,04** (Um milhão seiscentos e três mil sessenta e quatro reais e quatro centavos).

**6.1.9** - O Recurso Financeiro aplicado ao **8º Termo Aditivo** foi de **R\$ 15.543.450,75** (quinze milhões quinhentos e quarenta e três mil quatrocentos e cinquenta reais e setenta e cinco centavos).

**6.1.10** - O Recurso Financeiro aplicado ao **9º Termo Aditivo** foi de **R\$ 31.905.465,50**



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

(Trinta e um milhões, novecentos e cinco mil, quatrocentos e sessenta e cinco reais e cinquenta centavos).

**6.1.11** - O Recurso Financeiro aplicado ao **10º Termo Aditivo foi de R\$ 1.137.477,89** (um milhão cento e trinta e trinta e sete mil quatrocentos e setenta e sete reais e oitenta e nove centavos),

**6.1.12** - O Recurso Financeiro aplicado ao **11º Termo Aditivo foi de R\$ 2.798.724,47** (dois milhões setecentos e noventa e oito mil setecentos e vinte e quatro reais e quarenta e sete centavos).

**6.1.13** - O Recurso Financeiro aplicado ao **12º Termo Aditivo será de R\$ 2.300.000,00** (dois milhões e trezentos reais).

**6.1.14** - O Recurso Financeiro aplicado ao **13º Termo Aditivo foi de R\$ 482.968,97** (quatrocentos e oitenta e dois mil novecentos e sessenta e oito reais e noventa e sete centavos).

**6.1.15** - O Recurso Financeiro aplicado ao **14º Termo Aditivo foi de R\$ 323.177,10** (trezentos e vinte e três mil, cento e setenta e sete reais e dez centavos).

**6.1.16** - O Recurso Financeiro aplicado ao **15º Termo Aditivo foi de R\$ 1.102.190,60** ((um milhão cento e dois mil cento e noventa reais e sessenta centavos).

**6.1.17** - O Recurso Financeiro aplicado ao **16º Termo Aditivo foi de R\$ 16.480.952,56** (dezesseis milhões quatrocentos e oitenta mil novecentos e cinquenta e dois reais e cinquenta e seis centavos).

**6.1.18** - O Recurso Financeiro aplicado ao **17º Termo Aditivo foi de R\$ 2.443.967,94** (Dois milhões quatrocentos e quarenta e três mil novecentos e sessenta e sete reais e noventa e quatro centavos).

**6.1.19** - O Recurso Financeiro aplicado ao **18º Termo Aditivo foi de R\$ 16.411.656,25** (dezesseis milhões, quatrocentos e onze mil seiscentos e cinquenta e seis reais e vinte e cinco centavos).



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**6.1.19** - O Recurso Financeiro aplicado ao **19º Termo Aditivo** será de **R\$ 1.557,535,84** (Um milhão quinhentos e cinquenta e sete mil quinhentos e trinta e cinco reais e oitenta e quatro centavos).

**6.1.20** - O Recurso Financeiro aplicado ao **20º Termo Aditivo** será de **R\$ 1.418.275,74** (Um milhão quatrocentos e dezoito mil duzentos e setenta e cinco reais e setenta e quatro centavos).

**6.1.21** - O Recurso Financeiro aplicado ao **21º Termo Aditivo** será de **R\$ 31.016.700,48** (trinta e um milhões dezesseis mil setecentos reais e quarenta e oito centavos).

**6.1.22** - O Recurso Financeiro aplicado ao **22º Termo Aditivo** será de **R\$ 2.071.400,60** (Dois milhões setenta e um mil e quatrocentos reais e sessenta centavos).

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

**6.2.1** - Para a execução do convênio de contratualização, a CONVENENTE receberá recursos financeiros em parcela única no valor de **R\$ 32.316.630,66** (trinta e dois milhões trezentos e dezesseis mil seiscentos e trinta reais e sessenta e seis centavos). (Nove milhões trezentos e noventa e nove mil cento e sessenta e oito reais e setenta e oito centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte Estadual e Federal.

**6.2.2-** A parcela pré-fixada importa em **R\$ 19.839.205,82** (dezenove milhões oitocentos e trinta nove mil duzentos e cinco reais e oitenta e dois centavos) e será transferida à CONVENENTE em parcelas mensais, conforme Quadro de Detalhamento anexo.

**6.2.3-** Setenta por cento (70%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 6.315.306,74** (seis milhões, trezentos e quinze mil, trezentos e seis reais e setenta e quatro centavos), fixo e repassado mensalmente.

**6.2.4-** Trinta por cento (30%) do componente pré-fixado mensal, que remontam **R\$ 1.193.998,14** (um milhão cento e noventa e três mil novecentos e noventa e oito reais e quatorze centavos), sendo o valor variável e vinculado ao cumprimento das metas de



desempenho discriminadas no Documento Descritivo – **DODE**, com monitoramento e avaliação quadrimestral.

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

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

**6.2.7 -** O componente pós-fixado, que corresponde aos Procedimentos Ambulatoriais de Exames, Terapias, Procedimentos, APAC's, OPME's de Alta Complexidade e Cirurgias Eletivas Extras será repassado ao HOSPITAL, à posteriori, (pós-produção, aprovação, processamento), de acordo com a produção mensal aprovada pela SESA, respeitado o limite do Termo Aditivo do convênio contratualização para esses serviços

**6.2.8-** O componente pós-fixado, que corresponde aos Procedimentos Estratégicos – FAEC já cadastrados, será repassado ao HOSPITAL, à posteriori, (pós-produção, aprovação, processamento e apenas concomitantemente à respectiva transferência financeira do FNS), de acordo com a produção mensal aprovada pela SESA, até o limite da transferência do FNS, respeitado, similarmente, o limite para as modalidades de FAEC no Termo Aditivo do convênio contratualização e conforme programação disposta no Documento Descritivo.

**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.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

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

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

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

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

### PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL  |                  |                  |                         |                  |
|--|------------------|------------------|-------------------------|------------------|
| PRÉ FIXADO 70%   | MENSAL           | AGOSTO/2024      | SETEMBRO A OUTUBRO 2024 | TOTAL            |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>               | R\$ 366.660,42   | R\$ 366.660,42   | R\$ 733.320,84          | R\$ 1.099.981,26 |
| LEITOS SALA VERMELHA - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b> | R\$ 562.004,80   | R\$ 562.004,80   | R\$ 1.124.009,60        | R\$ 1.686.014,40 |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>                | R\$ 2.988.291,18 | R\$ 2.988.291,18 | R\$ 5.976.582,36        | R\$ 8.964.873,54 |
| Incentivo Federal - IAC - <b>Recurso Federal</b>   | R\$ 177.334,54   | R\$ 177.334,54   | R\$ 354.669,08          | R\$ 532.003,62   |
| Incentivo Federal - Rede U/E - Leitos UTI - <b>Recurso Federal</b>                           | R\$ 84.979,78    | R\$ 84.979,78    | R\$ 169.959,56          | R\$ 254.939,34   |





GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

|   |                         |                         |                                |                          |
|---|-------------------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Incentivo Federal - Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências da Região Central (Portaria GM/MS 2.586/2023) - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 64.635,42           | R\$ 64.635,42           | R\$ 129.270,84                 | R\$ 193.906,26           |
| PORTARIA GM/MS Nº 4.926 DE 25 DE JULHO DE 2024 - PISO DE ENFERMAGEM - PARCELA DE JULHO/2024 - <b>Recurso Federal</b>                              | R\$ 0,00                | R\$ 471.400,60          | R\$ 0,00                       | R\$ 471.400,60           |
| Portaria GM/MS nº 3.604 de 19 de ABRIL DE 2024 - CIB Nº 125/2024 - <b>Recurso Federal</b>   | R\$ 0,00                | R\$ 600.000,00          | R\$ 0,00                       | R\$ 600.000,00           |
| PORTARIA GM/MS Nº 4.727 de 04/07/2024 - CIB Nº 143/2024 - <b>Recurso Federal</b>  | R\$ 0,00                | R\$ 1.000.000,00        | R\$ 0,00                       | R\$ 1.000.000,00         |
| <b>RECURSO ESTADUAL 70%</b>   | <b>R\$ 928.665,22</b>   | <b>R\$ 928.665,22</b>   | <b>R\$ 1.857.330,44</b>        | <b>R\$ 2.785.995,66</b>  |
| <b>RECURSO FEDERAL 70%</b>  | <b>R\$ 3.315.240,92</b> | <b>R\$ 5.386.641,52</b> | <b>R\$ 6.630.481,84</b>        | <b>R\$ 12.017.123,36</b> |
| <b>TOTAL ESTADUAL + FEDERAL 70%</b>   | <b>R\$ 4.243.906,14</b> | <b>R\$ 6.315.306,74</b> | <b>R\$ 8.487.812,28</b>        | <b>R\$ 14.803.119,02</b> |
| <b>PRÉ-FIXADO 30%</b>   | <b>MENSAL</b>           | <b>AGOSTO/2024</b>      | <b>SETEMBRO A OUTUBRO 2024</b> | <b>TOTAL</b>             |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>  | R\$ 157.140,18          | R\$ 157.140,18          | R\$ 314.280,36                 | R\$ 471.420,54           |
| LEITOS SALA VERMELHA - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>  | R\$ 240.859,20          | R\$ 240.859,20          | R\$ 481.718,40                 | R\$ 722.577,60           |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>   | R\$ 1.280.696,22        | R\$ 1.280.696,22        | R\$ 2.561.392,44               | R\$ 3.842.088,66         |
| <b>SUB TOTAL RECURSO ESTADUAL - 30%</b>   | <b>R\$ 397.999,38</b>   | <b>R\$ 397.999,38</b>   | <b>R\$ 795.998,76</b>          | <b>R\$ 1.193.998,14</b>  |
| <b>SUB TOTAL RECURSO FEDERAL - 30%</b>  | <b>R\$ 1.280.696,22</b> | <b>R\$ 1.280.696,22</b> | <b>R\$ 2.561.392,44</b>        | <b>R\$ 3.842.088,66</b>  |
| <b>SUB TOTAL ESTADUAL + FEDERAL - 30%</b>   | <b>R\$ 1.678.695,60</b> | <b>R\$ 1.678.695,60</b> | <b>R\$ 3.357.391,20</b>        | <b>R\$ 5.036.086,80</b>  |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO ESTADUAL + FEDERAL</b>  | <b>R\$ 5.922.601,74</b> | <b>R\$ 7.994.002,34</b> | <b>R\$ 11.845.203,48</b>       | <b>R\$ 19.839.205,82</b> |
| <b>COMPONENTE PÓS-FIXADO</b>  | <b>MENSAL</b>           | <b>AGOSTO/2024</b>      | <b>SETEMBRO A OUTUBRO 2024</b> | <b>TOTAL</b>             |
| Procedimentos de média e alta complexidade - <b>Recurso Federal</b>   | R\$ 620.494,42          | R\$ 620.494,42          | R\$ 1.240.988,85               | R\$ 1.861.483,27         |
| Consultas - <b>Recurso Estadual</b>   | R\$ 77.480,00           | R\$ 77.480,00           | R\$ 154.960,00                 | R\$ 232.440,00           |





GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

|   |                         |                          |                          |                          |
|---|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Exames - <b>Recurso Estadual</b>  | R\$ 7.813,90            | R\$ 7.813,90             | R\$ 15.627,80            | R\$ 23.441,70            |
| OPME's PADRONIZADAS - <b>Recurso Federal</b>  | R\$349.572,35           | R\$ 349.572,35           | R\$ 699.144,70           | R\$ 1.048.717,05         |
| OPME's NÃO PADRONIZADAS - <b>Recurso Estadual</b> (via Portaria 061-R/2023)                               | R\$568.377,67           | R\$ 568.377,67           | R\$ 1.136.755,34         | R\$ 1.705.133,01         |
| FAEC Ambulatorial - <b>Recurso Estadual</b>   | R\$ 62.695,80           | R\$ 62.695,80            | R\$ 125.391,60           | R\$ 188.087,40           |
| FAEC Hospitalar- <b>Recurso Estadual</b>  | R\$658.941,83           | R\$ 658.941,83           | R\$ 1.317.883,66         | R\$ 1.976.825,49         |
| Cirurgias Eletivas - Portaria GM/MS nº 2.336, de 12 de dezembro de 2023 - <b>Recurso Federal</b>          | R\$1.557.807,44         | R\$ 1.557.807,44         | R\$ 3.115.614,88         | R\$ 4.673.422,32         |
| PORTARIA GM/MS nº 544, de 3 de maio de 2023 - Cirurgias Eletivas em endometriose - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 255.958,20          | R\$ 255.958,20           | R\$ 511.916,40           | R\$ 767.874,60           |
| <b>SUBTOTAL PÓS-FIXADO - FEDERAL</b>  | <b>R\$2.783.832,41</b>  | <b>R\$ 2.783.832,41</b>  | <b>R\$ 5.567.664,82</b>  | <b>R\$ 8.351.497,24</b>  |
| <b>SUBTOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL</b>   | <b>R\$1.375.309,20</b>  | <b>R\$ 1.375.309,20</b>  | <b>R\$ 2.750.618,40</b>  | <b>R\$ 4.125.927,60</b>  |
| <b>TOTAL RECURSO PÓS FIXADO</b>   | <b>R\$4.159.141,61</b>  | <b>R\$ 4.159.141,61</b>  | <b>R\$ 8.318.283,22</b>  | <b>R\$ 12.477.424,84</b> |
| <b>TOTAL RECURSO ESTADUAL</b>   | <b>R\$2.701.973,80</b>  | <b>R\$ 2.701.973,80</b>  | <b>R\$ 5.403.947,60</b>  | <b>R\$ 8.105.921,40</b>  |
| <b>TOTAL RECURSO FEDERAL</b>  | <b>R\$7.379.769,55</b>  | <b>R\$ 9.451.170,15</b>  | <b>R\$ 14.759.539,10</b> | <b>R\$ 24.210.709,26</b> |
| <b>TOTAL DO CONVÊNIO</b>  | <b>R\$10.081.743,35</b> | <b>R\$ 12.153.143,95</b> | <b>R\$ 20.163.486,70</b> | <b>R\$ 32.316.630,66</b> |
| <b>TOTAL DO ADITIVO</b>   |                         |                          |                          | <b>R\$ 2.071.400,60</b>  |

### 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, 20 de agosto de 2024.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**CONCEDENTE:**

\_\_\_\_\_

**CÉLIA LÚCIA VIEIRA**

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde - respondendo

**CONVENENTE:**

\_\_\_\_\_

**ARLES GUERRA DE MIRANDA**

Provedor

**TESTEMUNHAS:**

1ª) \_\_\_\_\_

CPF:

2ª) \_\_\_\_\_

CPF:



## DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **22º Termo Aditivo ao Convênio nº. 009/2022** 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 **22º Termo Aditivo ao Convênio nº. 009/2022** 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
- UG: 440.901
- Natureza de Despesa: 3.3.50.43.00
- Fonte de Recursos: : 1500100200 e/ou 2659000011 e/ou 2659000013 e/ou 1600311000 e/ou 1605000000 e/ou 1600312000 e/ou 1600000000 e/ou 2600000004 e/ou 2605000000 e/ou 2600000000 e/ou 2500100202 e/ou 1600000005.

Vitória, 20 de agosto de 2024.

**CÉLIA LÚCIA VIEIRA**

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde - respondendo

## **ANEXO I**

### **DOCUMENTO DESCRITIVO- 22º TERMO ADITIVO FUNDAÇÃO BENEFICENTE RIO DOCE – HOSPITAL RIO DOCE**

**CONVÊNIO Nº 009/2022**

**PROCESSO E-DOCS: 2022-10H8S**

**PERÍODO DE VIGÊNCIA: 08/2024 a 10/2024**



## **ESTRUTURA ADMINISTRATIVA**

### **PROVEDOR**

Arles Guerra de Miranda

### **VICE-PROVEDOR**

Antônio Roberte Bourguignon

### **DIRETOR TÉCNICO**

Dr. Ronaldo José de Souza – CRM/ES nº.: 4702

### **DIRETOR CLÍNICO**

Dr. José Zitenfeld Cardia – CRM/ERS nº.: 0839



## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| I – IDENTIFICAÇÃO.....   | 03 |
| II – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL.....                               | 05 |
| III – CNES .....   | 06 |
| IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS .....  | 06 |
| V – PERFIL ASSISTENCIAL.....   | 07 |
| VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS .....                         | 10 |
| VII – ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS .....                              | 11 |
| VIII – METAS ASSISTENCIAIS .....   | 11 |
| IX – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL<br>AMBULATORIAL.....  | 13 |
| X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO.....                                  | 14 |
| XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS.<br>APROVAÇÃO ..... | 19 |
| ANEXOS .....   | 21 |
|  | 22 |



## I - IDENTIFICAÇÃO

|   |                        |  |                    |            |
|---|------------------------|--|--------------------|------------|
| <b>Convenente</b>                         |                        |  | <b>CNPJ</b>        |            |
| Fundação Beneficente Rio Doce             |                        |  | 27.836.329/0001-43 |            |
| <b>Endereço</b>                           |                        | <b>Município</b>                         | <b>UF</b>          | <b>CEP</b> |
| Avenida João Felipe Calmon, 1245 - Centro |                        | Linhares                                 | ES                 | 29.900-027 |
| <b>Região</b>                             |                        | <b>SRS</b>                               | <b>CNES</b>        |            |
| Central Norte                             |                        | São Mateus                               | 2465833            |            |
| <b>Telefone</b>                           | <b>Fax</b>             | <b>E-mail</b>                            |                    |            |
| (27) 2103-1728                            | -                      | prestacaodecontas@hospitalriodoce.com.br |                    |            |
| <b>Nome do Responsável</b>                |                        |  |                    |            |
| Arles Guerra de Miranda                   |                        |  |                    |            |
| <b>CPF</b>                                | <b>Função</b>          | <b>Período de execução</b>               |                    |            |
| 190.067.487-49                            | Provedor               |  |                    |            |
| <b>CI</b>                                 | <b>Órgão expedidor</b> | <b>08/2024 a 10/2024</b>                 |                    |            |
| 191.576/ES                                | SSP                    |  |                    |            |
| <b>Banco</b>                              | <b>Agência</b>         | <b>Conta Corrente</b>                    | <b>Praça</b>       |            |
| BANESTES S/A                              | 0124                   | 35.238.005                               | Linhares/ES        |            |

|   |
|---|
| <b>Missão</b>   |
| Oferecer soluções em saúde com responsabilidade e qualidade através de profissionais capacitados e comprometidos, de forma humanizada, prevenindo, recuperando e promovendo a saúde e a satisfação de clientes e colaboradores.   |
| <b>Visão</b>  |
| Manter a referência regional (Norte e Noroeste do Espírito Santo) nos serviços de média e alta complexidade em saúde, promovendo a valorização e a capacitação técnica-humana de seus colaboradores.  |
| <b>Valores</b>  |
| Comprometimento / Ética / Trabalho em Equipe / Criatividade / Honestidade / Respeito / Humanização / Credibilidade / Transparência / Qualidade / Profissionalismo / Sustentabilidade e competitividade.   |
| <b>Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:</b>  |
| <b>Perfil assistencial: Atendimento Hospitalar de Média e Alta Complexidade.</b> Para o atendimento referente ao seu perfil, o Hospital Rio Doce funciona 24 horas por dia durante 07 (sete) dias na semana.  |
| <b>Papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:</b><br>Atendimento de forma Complementar aos pacientes do Sistema Único de Saúde, dos municípios referenciados para este Hospital, conforme grade de referência da SESA.  |
| <b>Área de Abrangência</b>  |
| Municípios da GRADE DE REFERÊNCIA, determinado pela SESA, para:<br><b>ONCOLOGIA:</b> Montanha, Pedro Canário, Pinheiros, Conceição da Barra, Boa Esperança, Nova Venécia, São Mateus, Vila Valério, Sooretama, Jaguaré, Rio Bananal, Linhares.<br><b>CARDIOLOGIA:</b> Mucurici, Montanha, Pedro Canário, Ponto Belo, Pinheiros, Conceição da Barra, Boa Esperança, Nova Venécia, São Mateus, Vila Valério, Sooretama, Jaguaré, Rio Bananal e Linhares |





**MATERNIDADE RISCO HABITUAL E ALTO RISCO:** Sooretama, Rio Bananal e Linhares.  
**NEUROCIRURGIA:** Sooretama, Rio Bananal e Linhares.

#### **Estrutura Tecnológica e Capacidade Instalada**

Possui **Capacidade Gerencial, Operacional e Técnica para executar o objeto proposto, tendo em seu quadro técnico e operacional, profissionais qualificados**, composto de Médicos, Administradores, Enfermeiros, Assistente Social, Nutricionista, Farmacêutico, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares Administrativos e de Apoio, onde desenvolvem um trabalho de qualidade, visando à satisfação integral dos pacientes e da comunidade. Dispõe de toda a infraestrutura: física, materiais e de Recursos Humanos, nos moldes do Sistema Único de Saúde, obedecendo aos parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde. A equipe de **Recursos Humanos** foi dimensionada para o atendimento da atual demanda de leitos. O Corpo Clínico do Hospital Rio Doce está composto por 243 médicos sendo: 196 membros efetivos, associados e eventuais, 27 membros contratados e 20 membros afins; que atendem em diversas especialidades, sendo elas: Anestesiologia, Angiologia e Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cirurgias Cardíacas/Torácico, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Coloproctologista, Dermatologia, Gastroenterologia/ Endoscopia Digestiva, Ginecologia/Obstetrícia, Hematologista, Hemodinâmica, Infectologia, Mastologia, Medicina Intensiva, Nefrologia, Neurologia, Neurologia/Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Oncologia/Cirurgia Oncológica, Pediatria/Neonatologia, Pneumologia, Radiologia, Urologia, Ultrassonografia Fetal, Psicólogo, Fisioterapeutas e Fonoaudióloga. É referência como Hospital Geral em Média e Alta Complexidade nas diversas especialidades, tais como: UTI - Unidade de Terapia Intensiva Adulto; UADC – Unidade de Alta Dependência de Cuidados (mantidos através de convênio com Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo); UCO – Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (mantidos através de convênio com Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo) UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, dentre outras; Serviço de Alta Complexidade em Hemodinâmica, Neurocirurgia; Maternidade, Cirurgias em diversas especialidades. Atua na Urgência/Emergência de Politraumatizados para os municípios de Linhares, Rio Bananal e Sooretama.



## 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 - CNES</b>                    | Geral: <b>169</b> SUS: <b>104</b> - Ofertado SUS: 150   |
| <b>Número de Leitos Complementar (UTI) - CNES</b> | Geral: <b>30</b> SUS: <b>21</b> - Ofertado SUS: 33  |
| <b>Tipo de Leitos de UTI SUS</b>                  | <b>(10)</b> Adulto    (10) Neonatal    (20) UCO   |
| <b>Serviço de Urgência e Emergência</b>           | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Porta Aberta –<br><b>10 leitos de sala vermelha</b> <input checked="" type="checkbox"/> Referenciado |
| <b>Serviço de Maternidade</b>                     | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Se sim, habilitado-GAR<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  |
| <b>Habilitação em Alta Complexidade</b>           | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Quais:<br><b>Cardiologia</b><br><b>Oncologia</b><br><b>Neurocirurgia</b><br><b>GAR</b>  |
| <b>Inserção nas Redes de Atenção a Saúde</b>      | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Se sim, quais.<br><b>Cardiologia</b><br><b>Oncologia</b><br><b>Neurocirurgia</b><br><b>GAR</b>  |
| <b>Classificação do Porte Hospitalar</b>          | <input checked="" type="checkbox"/> Estruturante<br><input type="checkbox"/> Estratégico<br><input type="checkbox"/> Apoio e/ou Maternidade<br><input type="checkbox"/> Apoio – Potencial Cirurgias Eletivas  |

## 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 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;

## 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 municípios que integram região de saúde, na qual o Hospital está inserido.

### 8.1 – Internação (Âmbito Hospitalar)

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

| Tipo de leitos                            | Nº leitos |
|---|-----------|
| Clínica Médica – Enfermaria Adulto        | 24        |
| Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto      | 29        |
| Clínica Cirúrgica Ortopédica – Enfermaria | 19        |



|              |            |
|--------------|------------|
| UTI Adulto   | 10         |
| UCO          | 20         |
| UTIN         | 10         |
| UCINCo       | 10         |
| UCINCa       | 5          |
| <b>TOTAL</b> | <b>127</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.

### **8.1.1. Maternidade**

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

| <b>Tipo de leito</b>                               | <b>Nº leitos</b> |
|--|------------------|
| Clínica Obstétrica – Maternidade de Risco Habitual | 19               |
| Clínica Obstétrica – Maternidade de Alta Risco     | 12               |
| <b>TOTAL</b>                                       | <b>31</b>        |

### **8.2 - Atendimento à Urgências**

#### **8.2.1 Sala Vermelha**

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

| <b>Tipo de leito</b> | <b>Nº leitos</b> |
|----------------------|------------------|
| 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

| RECURSO ESTADUAL  |                          |                   |                                 |                                |                             |   |  |
|---|--------------------------|-------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---|--|
| Código do Procedimento 03.01.01.00-72 - Ambulatório Especializado | 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 |
| Consulta em Oncologia   | 837                      | 300               | 537                             | R\$ 10,00                      | R\$ 8.370,00                | R\$ 20,00   | R\$ 16.740,00                                      |
| Consulta Oncológica - Cirurgia Torácica                           | 30                       | 10                | 20                              | R\$ 10,00                      | R\$ 300,00                  | R\$ 20,00   | R\$ 600,00   |
| Consulta Oncológica - Cirúrgica                                   | 473                      | 73                | 400                             | R\$ 10,00                      | R\$ 4.730,00                | R\$ 20,00   | R\$ 9.460,00                                       |
| Consulta Oncológica - Hematologia                                 | 117                      | 40                | 77                              | R\$ 10,00                      | R\$ 1.170,00                | R\$ 20,00   | R\$ 2.340,00                                       |
| Consulta Oncológica - Reconstrução Mamária                        | 40                       | 20                | 20                              | R\$ 10,00                      | R\$ 400,00                  | R\$ 20,00   | R\$ 800,00   |
| Consulta Oncológica - Urologia                                    | 124                      | 50                | 74                              | R\$ 10,00                      | R\$ 1.240,00                | R\$ 20,00   | R\$ 2.480,00                                       |
| Consulta em Ortopedia Clinica                                     | 150                      | 0                 | 150                             | R\$ 10,00                      | R\$ 1.500,00                | R\$ 20,00   | R\$ 3.000,00                                       |
| Consulta em Ortopedia - Coluna                                    | 28                       | 15                | 13                              | R\$ 10,00                      | R\$ 280,00                  | R\$ 20,00   | R\$ 560,00   |
| Consulta em Ortopedia - Joelho                                    | 135                      | 70                | 65                              | R\$ 10,00                      | R\$ 1.350,00                | R\$ 20,00   | R\$ 2.700,00                                       |
| Consulta em Ortopedia - Ombro                                     | 30                       | 10                | 20                              | R\$ 10,00                      | R\$ 300,00                  | R\$ 20,00   | R\$ 600,00   |
| Consulta em Ortopedia - Quadril                                   | 30                       | 10                | 20                              | R\$ 10,00                      | R\$ 300,00                  | R\$ 20,00   | R\$ 600,00   |
| Consulta em Cardiologia Alta Complexidade                         | 180                      | 90                | 90                              | R\$ 10,00                      | R\$ 1.800,00                | R\$ 20,00   | R\$ 3.600,00                                       |
| Consulta em Cardiologias para Risco Cirúrgico                     | 300                      |                   | 300                             | R\$ 10,00                      | R\$ 3.000,00                | R\$ 20,00   | R\$ 6.000,00                                       |
| Consulta em Cirurgia Cardíaca Adulto                              | 60                       | 20                | 40                              | R\$ 10,00                      | R\$ 600,00                  | R\$ 20,00   | R\$ 1.200,00                                       |
| Consulta em Cirurgia Geral  | 60                       | 45                | 15                              | R\$ 10,00                      | R\$ 600,00                  | R\$ 20,00   | R\$ 1.200,00                                       |
| Consulta em Cirurgia Ginecológica                                 | 100                      | 50                | 50                              | R\$ 10,00                      | R\$ 1.000,00                | R\$ 20,00   | R\$ 2.000,00                                       |
| Consulta em Cirurgia Plástica Reparadora                          | 40                       | 0                 | 40                              | R\$ 10,00                      | R\$ 400,00                  | R\$ 20,00   | R\$ 800,00   |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|   |             |             |             |           |              |           |                      |
|---|-------------|-------------|-------------|-----------|--------------|-----------|----------------------|
| Consulta em G.O                             | 400         | 0           | 400         | R\$ 10,00 | R\$ 4.000,00 | R\$ 20,00 | R\$ 8.000,00         |
| Consulta em Ginecologia - Endometriose      |             | 0           | 0           | R\$ 10,00 | R\$ 0,00     | R\$ 20,00 | R\$ 0,00             |
| Consulta em Ginecologia e subespecialidades | 0           | 0           | 0           | R\$ 10,00 | R\$ 0,00     | R\$ 20,00 | R\$ 0,00             |
| Consulta em Hematologia                     | 120         | 60          | 60          | R\$ 10,00 | R\$ 1.200,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.400,00         |
| Consulta em Nefrologia                      | 60          | 30          | 30          | R\$ 10,00 | R\$ 600,00   | R\$ 20,00 | R\$ 1.200,00         |
| Consulta em Neurocirurgia                   | 120         | 30          | 90          | R\$ 10,00 | R\$ 1.200,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.400,00         |
| Consulta em Pneumatologia                   | 120         | 60          | 60          | R\$ 10,00 | R\$ 1.200,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.400,00         |
| Consulta em Reumatologia                    | 60          | 45          | 15          | R\$ 10,00 | R\$ 600,00   | R\$ 20,00 | R\$ 1.200,00         |
| Consulta em Risco Anestésico                | 200         | 0           | 200         | R\$ 10,00 | R\$ 2.000,00 | R\$ 20,00 | R\$ 4.000,00         |
| Consulta em Urologia                        | 60          | 0           | 60          | R\$ 10,00 | R\$ 600,00   | R\$ 20,00 | R\$ 1.200,00         |
| <b>TOTAL</b>                                | <b>3874</b> | <b>1028</b> | <b>2846</b> |           |              |           | <b>R\$ 77.480,00</b> |

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

## 9.2 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

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

| Tipo de exame                                       | Quantidade mês |
|---|----------------|
| Coleta de material                                  | 30             |
| Diagnóstico em laboratório clínico                  | 2.322          |
| Diagnóstico por anatomia patológica e Citopatologia | 370            |
| Diagnóstico por radiologia                          | 315            |
| Diagnóstico por ultrassonografia                    | 300            |
| Diagnóstico por endoscopia                          | 42             |
| Métodos diagnósticos em especialidades              | 10             |

## 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. Segurança assistencial
4. Experiência dos usuários
5. Acesso ao sistema
6. Eficiência no uso do leito
7. Qualidade assistencial – Materno Infantil

## 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 |
|---|--|--------------|
| <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</p> | 5,0          |



|   |  |             |
|---|--|-------------|
|   | Certificação – Cronograma  |             |
| <b>2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS</b>   |  | <b>5,0</b>  |
| 2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial  | A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser $\geq 95\%$ dos funcionários.<br><br>Apresentar Plano de Educação Continuada ativo e cronograma de treinamento.<br>É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário.   | 5,0         |
| <b>3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL</b>  |  | <b>15,0</b> |
| 3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar  | Manter as seguintes Comissões em pleno funcionamento:<br>-Comissão de Revisão de Prontuário;<br>-Comissão de Óbitos;<br>-Comissão de Ética Médica;<br>-Comissão de Ética em Enfermagem;<br>-Comissão de Farmácia e Terapêutica;<br>-Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);<br>-Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber;<br>-Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);<br>-Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino;<br>-Comissão de Segurança do Paciente;<br>-Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e<br>-Grupo Técnico de Humanização (GTH). | 10,0        |
| 3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente   | Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente:<br>-Identificação do Paciente;<br>-Cirurgia Segura;<br>-Prevenção de Úlcera de Pressão;<br>-Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde;<br>-Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos;<br>-Prevenção de Quedas.   | 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> ). | Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital.<br><br>Atingir resposta ótimo e bom:<br>• $\geq 65\%$ - 5,0 pontos;<br>• 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos;<br>• $\leq 61,99$ – zero.<br><br>OU<br><br>Atingir índice do NPS 65:   | 5,0         |



|   |  |             |
|---|--|-------------|
|   | <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 s monitorada.</p>   |             |
| <b>5. ACESSO AO SISTEMA</b>   |  | <b>35,0</b> |
| 5.1. Acesso Hospitalar  | Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação.<br>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.<br>(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 $\leq 8\%$<br><br>Atingir percentual: <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>7. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL</b>   |   | <b>10,0</b>  |
| 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 $\leq 7$ .  | Ter no máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto $\leq 7$ .   | 2,0          |
| <b>TOTAL</b>  |   | <b>100,0</b> |





## XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL   |                         |                         |                         |                          |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| PRÉ FIXADO 70%  | MENSAL                  | AGOSTO/2024             | SETEMBRO A OUTUBRO 2024 | TOTAL                    |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>  | R\$ 366.660,42          | R\$ 366.660,42          | R\$ 733.320,84          | R\$ 1.099.981,26         |
| LEITOS SALA VERMELHA - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>  | R\$ 562.004,80          | R\$ 562.004,80          | R\$ 1.124.009,60        | R\$ 1.686.014,40         |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>   | R\$ 2.988.291,18        | R\$ 2.988.291,18        | R\$ 5.976.582,36        | R\$ 8.964.873,54         |
| Incentivo Federal - IAC - <b>Recurso Federal</b>  | R\$ 177.334,54          | R\$ 177.334,54          | R\$ 354.669,08          | R\$ 532.003,62           |
| Incentivo Federal - Rede U/E - Leitos UTI - <b>Recurso Federal</b>  | R\$ 84.979,78           | R\$ 84.979,78           | R\$ 169.959,56          | R\$ 254.939,34           |
| Incentivo Federal - Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências da Região Central (Portaria GM/MS 2.586/2023) - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 64.635,42           | R\$ 64.635,42           | R\$ 129.270,84          | R\$ 193.906,26           |
| PORTARIA GM/MS Nº 4.926 DE 25 DE JULHO DE 2024 - PISO DE ENFERMAGEM - PARCELA DE JULHO/2024 - <b>Recurso Federal</b>                              | R\$ 0,00                | R\$ 471.400,60          | R\$ 0,00                | R\$ 471.400,60           |
| Portaria GM/MS nº 3.604 de 19 de ABRIL DE 2024 - CIB Nº 125/2024 - <b>Recurso Federal</b>   | R\$ 0,00                | R\$ 600.000,00          | R\$ 0,00                | R\$ 600.000,00           |
| PORTARIA GM/MS Nº 4.727 de 04/07/2024 - CIB Nº 143/2024 - <b>Recurso Federal</b>  | R\$ 0,00                | R\$ 1.000.000,00        | R\$ 0,00                | R\$ 1.000.000,00         |
| <b>RECURSO ESTADUAL 70%</b>   | <b>R\$ 928.665,22</b>   | <b>R\$ 928.665,22</b>   | <b>R\$ 1.857.330,44</b> | <b>R\$ 2.785.995,66</b>  |
| <b>RECURSO FEDERAL 70%</b>  | <b>R\$ 3.315.240,92</b> | <b>R\$ 5.386.641,52</b> | <b>R\$ 6.630.481,84</b> | <b>R\$ 12.017.123,36</b> |
| <b>TOTAL ESTADUAL + FEDERAL 70%</b>   | <b>R\$ 4.243.906,14</b> | <b>R\$ 6.315.306,74</b> | <b>R\$ 8.487.812,28</b> | <b>R\$ 14.803.119,02</b> |
| PRÉ-FIXADO 30%  | MENSAL                  | AGOSTO/2024             | SETEMBRO A OUTUBRO 2024 | TOTAL                    |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO  
SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|   |                         |                         |                                |                          |
|---|-------------------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                            | R\$ 157.140,18          | R\$ 157.140,18          | R\$ 314.280,36                 | R\$ 471.420,54           |
| LEITOS SALA VERMELHA - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>              | R\$ 240.859,20          | R\$ 240.859,20          | R\$ 481.718,40                 | R\$ 722.577,60           |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>                             | R\$ 1.280.696,22        | R\$ 1.280.696,22        | R\$ 2.561.392,44               | R\$ 3.842.088,66         |
| <b>SUB TOTAL RECURSO ESTADUAL - 30%</b>   | <b>R\$ 397.999,38</b>   | <b>R\$ 397.999,38</b>   | <b>R\$ 795.998,76</b>          | <b>R\$ 1.193.998,14</b>  |
| <b>SUB TOTAL RECURSO FEDERAL - 30%</b>  | <b>R\$ 1.280.696,22</b> | <b>R\$ 1.280.696,22</b> | <b>R\$ 2.561.392,44</b>        | <b>R\$ 3.842.088,66</b>  |
| <b>SUB TOTAL ESTADUAL + FEDERAL - 30%</b>   | <b>R\$ 1.678.695,60</b> | <b>R\$ 1.678.695,60</b> | <b>R\$ 3.357.391,20</b>        | <b>R\$ 5.036.086,80</b>  |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>  | <b>R\$ 5.922.601,74</b> | <b>R\$ 7.994.002,34</b> | <b>R\$ 11.845.203,48</b>       | <b>R\$ 19.839.205,82</b> |
| <b>COMPONENTE PÓS-FIXADO</b>  | <b>MENSAL</b>           | <b>AGOSTO/2024</b>      | <b>SETEMBRO A OUTUBRO 2024</b> | <b>TOTAL</b>             |
| Procedimentos de média e alta complexidade - <b>Recurso Federal</b>                                       | R\$ 620.494,42          | R\$ 620.494,42          | R\$ 1.240.988,85               | R\$ 1.861.483,27         |
| Consultas - <b>Recurso Estadual</b>   | R\$ 77.480,00           | R\$ 77.480,00           | R\$ 154.960,00                 | R\$ 232.440,00           |
| Exames - <b>Recurso Estadual</b>  | R\$ 7.813,90            | R\$ 7.813,90            | R\$ 15.627,80                  | R\$ 23.441,70            |
| OPME's PADRONIZADAS - <b>Recurso Federal</b>  | R\$ 349.572,35          | R\$ 349.572,35          | R\$ 699.144,70                 | R\$ 1.048.717,05         |
| OPME's NÃO PADRONIZADAS - <b>Recurso Estadual</b> (via Portaria 061-R/2023)                               | R\$ 568.377,67          | R\$ 568.377,67          | R\$ 1.136.755,34               | R\$ 1.705.133,01         |
| FAEC Ambulatorial - <b>Recurso Estadual</b>   | R\$ 62.695,80           | R\$ 62.695,80           | R\$ 125.391,60                 | R\$ 188.087,40           |
| FAEC Hospitalar- <b>Recurso Estadual</b>  | R\$ 658.941,83          | R\$ 658.941,83          | R\$ 1.317.883,66               | R\$ 1.976.825,49         |
| Cirurgias Eletivas - Portaria GM/MS nº 2.336, de 12 de dezembro de 2023 - <b>Recurso Federal</b>          | R\$ 1.557.807,44        | R\$ 1.557.807,44        | R\$ 3.115.614,88               | R\$ 4.673.422,32         |
| PORTARIA GM/MS nº 544, de 3 de maio de 2023 - Cirurgias Eletivas em endometriose - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 255.958,20          | R\$ 255.958,20          | R\$ 511.916,40                 | R\$ 767.874,60           |
| <b>SUBTOTAL PÓS-FIXADO - FEDERAL</b>  | <b>R\$ 2.783.832,41</b> | <b>R\$ 2.783.832,41</b> | <b>R\$ 5.567.664,82</b>        | <b>R\$ 8.351.497,24</b>  |



|                                     |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>SUBTOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL</b> | <b>R\$ 1.375.309,20</b>  | <b>R\$ 1.375.309,20</b>  | <b>R\$ 2.750.618,40</b>  | <b>R\$ 4.125.927,60</b>  |
| <b>TOTAL RECURSO PÓS FIXADO</b>     | <b>R\$ 4.159.141,61</b>  | <b>R\$ 4.159.141,61</b>  | <b>R\$ 8.318.283,22</b>  | <b>R\$ 12.477.424,84</b> |
| <b>TOTAL RECURSO ESTADUAL</b>       | <b>R\$ 2.701.973,80</b>  | <b>R\$ 2.701.973,80</b>  | <b>R\$ 5.403.947,60</b>  | <b>R\$ 8.105.921,40</b>  |
| <b>TOTAL RECURSO FEDERAL</b>        | <b>R\$ 7.379.769,55</b>  | <b>R\$ 9.451.170,15</b>  | <b>R\$ 14.759.539,10</b> | <b>R\$ 24.210.709,26</b> |
| <b>TOTAL DO CONVÊNIO</b>            | <b>R\$ 10.081.743,35</b> | <b>R\$ 12.153.143,95</b> | <b>R\$ 20.163.486,70</b> | <b>R\$ 32.316.630,66</b> |
| <b>TOTAL DO ADITIVO</b>             |                          |                          |                          | <b>R\$ 2.071.400,60</b>  |

#### APROVAÇÃO

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de R\$ **32.316.630,66** (trinta e dois milhões trezentos e dezesseis mil seiscentos e trinta reais e sessenta e seis centavos).

**Assinatura e carimbo da Concedente**  
Nome: **CÉLIA LÚCIA VIEIRA**  
**Respondendo – decreto nº1.646-S**  
**19/08/2024**  
**CPF: 007.706.517-47**

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Assinatura e carimbo da Convenente**  
Nome: **ARLES GUERRA DE MIRANDA**  
**CPF: 190.067.487-49**

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Vitória (ES), 20 de agosto de 2024.



## **ANEXOS**

**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 –  
CNES**

**ANEXO D – PLANO DE TRABALHO**



## ANEXO A - ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

### LEITOS HOSPITALARES

| RECURSO ESTADUAL                          |            |                           |                       |                         |
|---|------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Tipo de leitos                            | Nº leitos  | Quantidade de diárias/mês | Valor diária de leito | Valor total mensal      |
| Clínica Médica – Enfermaria Adulto        | 24         | 656,64                    | R\$ 875,00            | R\$ 574.560,00          |
| Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto      | 29         | 749,36                    | R\$ 977,00            | R\$ 732.124,72          |
| Clínica Cirúrgica Ortopédica – Enfermaria | 19         | 490,96                    | R\$ 1.286,00          | R\$ 631.374,56          |
| UTI Adulto                                | 10         | 273,6                     | R\$ 1.385,00          | R\$ 378.936,00          |
| UCO                                       | 20         | 547,2                     | R\$ 1.696,00          | R\$ 928.051,20          |
| UTIN                                      | 10         | 273,6                     | R\$ 1.225,00          | R\$ 335.160,00          |
| UCINCo                                    | 10         | 273,6                     | R\$ 1.294,00          | R\$ 354.038,40          |
| UCINCa                                    | 5          | 136,8                     | R\$ 875,00            | R\$ 119.700,00          |
| <b>TOTAL</b>                              | <b>127</b> |                           |                       | <b>R\$ 4.053.944,88</b> |

| Tipo de leitos                                     | Nº leitos | Quantidade de diárias/mês | Valor diária de leito | Valor total mensal    |
|--|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Clínica Obstétrica – Maternidade Alto Risco        | 12        | 310,08                    | R\$ 1.105,00          | R\$ 342.638,40        |
| Clínica Obstétrica – Maternidade de Risco Habitual | 19        | 490,96                    | R\$ 807,00            | R\$ 396.204,72        |
| <b>TOTAL</b>                                       | <b>31</b> |                           |                       | <b>R\$ 738.843,12</b> |

| Tipo de leitos    | Nº leitos | 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\$ 2.641,00</b>   | <b>R\$ 802.864,00</b> |

|                              |            |  |  |                         |
|------------------------------|------------|--|--|-------------------------|
| <b>TOTAL GERAL DE LEITOS</b> | <b>168</b> |  |  | <b>R\$ 5.595.652,00</b> |
|------------------------------|------------|--|--|-------------------------|

| INCENTIVOS-  |                       |
|--|-----------------------|
| RECURSO ESTADUAL/FEDERAL   |                       |
| Incentivo Federal - IAC -Recurso Estadual  | R\$ 177.334,54        |
| Incentivo Federal - Rede U/E - Leitos UTI - Recurso Estadual   | R\$ 84.979,78         |
| Incentivo Federal - Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências da Região Central (Portaria GM/MS 2.586/2023) - Recurso Federal | R\$ 64.635,42         |
| <b>TOTAL</b>   | <b>R\$ 326.949,74</b> |

## CONSULTAS

| RECURSO ESTADUAL  |                          |                   |                                 |                                |                             |   |  |
|---|--------------------------|-------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---|--|
| Código do Procedimento 03.01.01.00-72 - Ambulatório Especializado | 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 |
| Consulta em Oncologia   | 837                      | 300               | 537                             | R\$ 10,00                      | R\$ 8.370,00                | R\$ 20,00   | R\$ 16.740,00                                      |
| Consulta Oncológica - Cirurgia Torácica                           | 30                       | 10                | 20                              | R\$ 10,00                      | R\$ 300,00                  | R\$ 20,00   | R\$ 600,00   |
| Consulta Oncológica - Cirúrgica                                   | 473                      | 73                | 400                             | R\$ 10,00                      | R\$ 4.730,00                | R\$ 20,00   | R\$ 9.460,00                                       |
| Consulta Oncológica - Hematologia                                 | 117                      | 40                | 77                              | R\$ 10,00                      | R\$ 1.170,00                | R\$ 20,00   | R\$ 2.340,00                                       |
| Consulta Oncológica - Reconstrução Mamária                        | 40                       | 20                | 20                              | R\$ 10,00                      | R\$ 400,00                  | R\$ 20,00   | R\$ 800,00   |
| Consulta Oncológica - Urologia                                    | 124                      | 50                | 74                              | R\$ 10,00                      | R\$ 1.240,00                | R\$ 20,00   | R\$ 2.480,00                                       |
| Consulta em Ortopedia Clinica                                     | 150                      | 0                 | 150                             | R\$ 10,00                      | R\$ 1.500,00                | R\$ 20,00   | R\$ 3.000,00                                       |
| Consulta em Ortopedia - Coluna                                    | 28                       | 15                | 13                              | R\$ 10,00                      | R\$ 280,00                  | R\$ 20,00   | R\$ 560,00   |
| Consulta em Ortopedia - Joelho                                    | 135                      | 70                | 65                              | R\$ 10,00                      | R\$ 1.350,00                | R\$ 20,00   | R\$ 2.700,00                                       |
| Consulta em Ortopedia - Ombro                                     | 30                       | 10                | 20                              | R\$ 10,00                      | R\$ 300,00                  | R\$ 20,00   | R\$ 600,00   |
| Consulta em Ortopedia - Quadril                                   | 30                       | 10                | 20                              | R\$ 10,00                      | R\$ 300,00                  | R\$ 20,00   | R\$ 600,00   |
| Consulta em Cardiologia Alta Complexidade                         | 180                      | 90                | 90                              | R\$ 10,00                      | R\$ 1.800,00                | R\$ 20,00   | R\$ 3.600,00                                       |
| Consulta em Cardiologias para Risco Cirúrgico                     | 300                      |                   | 300                             | R\$ 10,00                      | R\$ 3.000,00                | R\$ 20,00   | R\$ 6.000,00                                       |
| Consulta em Cirurgia Cardíaca Adulto                              | 60                       | 20                | 40                              | R\$ 10,00                      | R\$ 600,00                  | R\$ 20,00   | R\$ 1.200,00                                       |
| Consulta em Cirurgia Geral  | 60                       | 45                | 15                              | R\$ 10,00                      | R\$ 600,00                  | R\$ 20,00   | R\$ 1.200,00                                       |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|   |             |             |             |           |              |           |                      |
|---|-------------|-------------|-------------|-----------|--------------|-----------|----------------------|
| Consulta em Cirurgia Ginecológica           | 100         | 50          | 50          | R\$ 10,00 | R\$ 1.000,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.000,00         |
| Consulta em Cirurgia Plástica Reparadora    | 40          | 0           | 40          | R\$ 10,00 | R\$ 400,00   | R\$ 20,00 | R\$ 800,00           |
| Consulta em G.O                             | 400         | 0           | 400         | R\$ 10,00 | R\$ 4.000,00 | R\$ 20,00 | R\$ 8.000,00         |
| Consulta em Ginecologia - Endometriose      |             | 0           | 0           | R\$ 10,00 | R\$ 0,00     | R\$ 20,00 | R\$ 0,00             |
| Consulta em Ginecologia e subespecialidades | 0           | 0           | 0           | R\$ 10,00 | R\$ 0,00     | R\$ 20,00 | R\$ 0,00             |
| Consulta em Hematologia                     | 120         | 60          | 60          | R\$ 10,00 | R\$ 1.200,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.400,00         |
| Consulta em Nefrologia                      | 60          | 30          | 30          | R\$ 10,00 | R\$ 600,00   | R\$ 20,00 | R\$ 1.200,00         |
| Consulta em Neurocirurgia                   | 120         | 30          | 90          | R\$ 10,00 | R\$ 1.200,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.400,00         |
| Consulta em Pneumatologia                   | 120         | 60          | 60          | R\$ 10,00 | R\$ 1.200,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.400,00         |
| Consulta em Reumatologia                    | 60          | 45          | 15          | R\$ 10,00 | R\$ 600,00   | R\$ 20,00 | R\$ 1.200,00         |
| Consulta em Risco Anestésico                | 200         | 0           | 200         | R\$ 10,00 | R\$ 2.000,00 | R\$ 20,00 | R\$ 4.000,00         |
| Consulta em Urologia                        | 60          | 0           | 60          | R\$ 10,00 | R\$ 600,00   | R\$ 20,00 | R\$ 1.200,00         |
| <b>TOTAL</b>                                | <b>3874</b> | <b>1028</b> | <b>2846</b> |           |              |           | <b>R\$ 77.480,00</b> |



### EXAMES

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

#### RECURSO ESTADUAL

| Ambulatório Especializado  | Código do Procedimento / Forma Organizacional | Oferta Mensal Contratual | Quantidade e 1º Vez | Quantidade autogestão (retorno) | Valor Unitário Tabela SIGTAP | Valor Unitário Tabela SUS Capixaba | Valor Unitário Diferença Tabela | Valor Complemento Mês R\$ |
|--|---|--------------------------|---------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| Biópsia de Próstata  | 02.01.01.041-0                                | 10                       | 0                   | 10                              | R\$ 202,81                   | R\$ 257,50                         | R\$ 54,69                       | R\$ 546,90                |
| Colonoscopia   | 02.09.01.002-9                                | 10                       | 0                   | 10                              | R\$ 112,66                   | R\$ 335,80                         | R\$ 223,14                      | R\$ 2.231,40              |
| Endoscopia Digestiva Alta  | 02.09.01.003-7                                | 20                       | 0                   | 20                              | R\$ 48,16                    | R\$ 147,50                         | R\$ 99,34                       | R\$ 1.986,80              |
| Estudo Urodinâmico   | 02.11.09.001-8                                | 10                       | 0                   | 10                              | R\$ 7,62                     | R\$ 312,50                         | R\$ 304,88                      | R\$ 3.048,80              |
|  |   | <b>50</b>                | <b>0</b>            | <b>50</b>                       |                              |                                    |                                 | <b>R\$ 7.813,90</b>       |
| <p><b>Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.</b></p> |   |                          |                     |                                 |                              |                                    |                                 |                           |



SIA DE MEDIA - 22º Termo Aditivo

RECURSO ESTADUAL

| Grupo  | Subgrupo   | Forma Organizacional                                 | Quant/<br>mês | Valor<br>Unitário | Valor/mês     | Quantidade<br>1º Vez<br>(Acesso) | Quantidade<br>autogestão<br>(retorno) |
|--|--|--|---------------|-------------------|---------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <b>02 -<br/>Procedimentos<br/>com Finalidade<br/>Diagnóstica</b> | 01 - Coleta de Material                                  | 020101 Coleta de material por meio de punção/biópsia | 30            | R\$ 138,13        | R\$ 4.144,00  | 0                                | 30                                    |
|  | 02 - Diagnóstico em Laboratório Clínico                  | 020201 Exames bioquímicos                            | 1200          | R\$ 2,48          | R\$ 2.974,83  | 0                                | 1200                                  |
|  |  | 020202 Exames hematológicos e hemostasia             | 620           | R\$ 4,06          | R\$ 2.517,88  | 0                                | 620                                   |
|  |  | 020203 Exames sorológicos e imunológicos             | 350           | R\$ 13,52         | R\$ 4.731,83  | 0                                | 350                                   |
|  |  | 020205 Exames de Uroanálise                          | 45            | R\$ 3,59          | R\$ 161,34    | 0                                | 45                                    |
|  |  | 020206 Exames hormonais                              | 55            | R\$10,05          | R\$552,88     | 0                                | 55                                    |
|  |  | 020208 Exames microbiológicos                        | 42            | R\$6,67           | R\$280,24     | 0                                | 42                                    |
|  |  | 020209 Exames em outros líquidos biológicos          | 10            | R\$ 6,45          | R\$ 64,55     | 0                                | 10                                    |
|  | 03 - Diagnóstico por anatomia patológica e Citopatologia | 020302 Exames anatomopatológicos                     | 370           | R\$ 66,14         | R\$ 24.471,43 | 0                                | 370                                   |
|  | 04 - Diagnóstico em Radiologia                           | 020401 Exames radiológicos da cabeça e pescoço       | 4             | R\$7,32           | R\$ 29,28     | 0                                | 4                                     |
|  |  | 020402 Exames radiológicos da coluna                 | 6             | R\$10,27          | R\$ 61,61     | 0                                | 6                                     |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|   |   |  |             |           |                      |             |             |
|---|---|--|-------------|-----------|----------------------|-------------|-------------|
|   |   | vertebral  |             |           |                      |             |             |
|   |   | 020403 Exames radiológicos do tórax e mediastino                             | 45          | R\$ 7,37  | R\$ 331,68           | 0           | 45          |
|   |   | 020404 Exames radiológicos da cintura escapular e dos membros superiores     | 100         | R\$7,00   | R\$700,25            | 0           | 100         |
|   |   | 020405 Exames radiológicos do abdômen e pelve                                | 10          | R\$37,21  | R\$ 372,05           | 0           | 10          |
|   |   | 020406 Exames radiológicos da cintura pélvica e dos membros inferiores       | 150         | R\$ 7,72  | R\$1.158,43          | 0           | 150         |
|   | 05 - Diagnóstico por Ultrassonografia           | 020501 Ultrassonografias do sistema circulatório (qualquer região anatômica) | 50          | R\$39,83  | R\$1.991,36          | 0           | 50          |
|   |   | 020502 Ultrassonografias dos demais sistemas                                 | 250         | R\$29,66  | R\$7.414,50          | 0           | 250         |
|   | 09 - Diagnóstico por Endoscopia                 | 020901 Aparelho digestivo  | 20          | R\$48,16  | R\$963,20            | 0           | 20          |
|   |   | Colonoscopia   | 10          | R\$112,66 | R\$ 1.126,60         | 0           | 10          |
|   |   | 020904 - Broncoscopia  | 12          | R\$ 36,02 | R\$ 432,24           | 0           | 12          |
|   | 11-Metodos Diagnósticos em Especialidades       | 09-Diagnostico em Urologia - Estudo Urodinâmico                              | 10          | R\$7,62   | R\$ 76,20            | 0           | 10          |
| <b>03 - Procedimentos clínicos</b>  | 01 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos | 01 - Consultas médicas / outros profissionais de nível superior              | 4126        | R\$10,00  | R\$41.260,00         | 1271        | 2855        |
| <b>TOTAL</b>  |   |  | <b>7515</b> |           | <b>R\$ 95.816,38</b> | <b>1271</b> | <b>6244</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> |   |  |             |           |                      |             |             |



## SIA DE ALTA COMPLEXIDADE

### RECURSO ESTADUAL

| Grupo   | Subgrupo                                      | Forma Organizacional                                     | Quant/ mês                              | Valor Unitário | Valor/mês     | Quant 1º Vez (Acesso) | Quant autogestão (retorno) |
|---|---|--|---|----------------|---------------|-----------------------|----------------------------|
| <b>02 -<br/>Procediment<br/>os com<br/>Finalidade<br/>Diagnóstica</b> | 06 - Diagnóstico por Tomografia               | 020601 Tomografia da cabeça, pescoço e coluna vertebral  | 54                                      | R\$ 98,01      | R\$ 5.292,54  | 0                     | 54                         |
|   |   | 020602 Tomografia do tórax e membros superiores          | 120                                     | R\$ 133,25     | R\$ 15.990,00 | 0                     | 120                        |
|   |   | 020603 Tomografia do abdômen, pelve e membros inferiores | 195                                     | R\$ 138,50     | R\$ 27.007,50 | 0                     | 195                        |
|   | 07 - Diagnóstico por Ressonância Magnética    | 020701 RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral          | 15                                      | R\$ 268,75     | R\$ 4.031,25  | 0                     | 15                         |
|   |   | 020702 RM do tórax e membros superiores                  | 4                                       | R\$ 268,75     | R\$ 1.075,00  | 0                     | 4                          |
|   |   | 020703 RM do abdômen, pelve e membros inferiores         | 40                                      | R\$ 268,75     | R\$ 10.750,00 | 0                     | 40                         |
|   | 08 - Diagnóstico por Medicina Nuclear In Vivo | 020804 Aparelho geniturinário                            | 1                                       | R\$ 133,03     | R\$ 133,03    | 0                     | 1                          |
|   |   | 020805 Aparelho esquelético                              | 35                                      | R\$ 190,99     | R\$ 6.684,65  | 0                     | 35                         |
|   | 11 - Métodos Diagnósticos em Especialidades   | 021102 Diagnóstico em cardiologia                        | 50                                      | R\$ 614,72     | R\$ 30.736,00 | 0                     | 50                         |
|   | <b>03 -<br/>Procediment<br/>os Clínicos</b>   | 04 - Tratamento em Oncologia                             | 030402 Quimioterapia paliativa - adulto | 472            | R\$ 652,29    | R\$ 307.880,88        | 0                          |
| 030403 Quimioterapia para controle temporário de doença - adulto      |   |  | 46                                      | R\$ 494,99     | R\$ 22.769,54 | 0                     | 46                         |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|              |   |             |              |                       |          |             |
|--------------|---|-------------|--------------|-----------------------|----------|-------------|
|              | 030404 Quimioterapia prévia (neoadjuvante/cito redutora) - adulto | 35          | R\$ 1.366,95 | R\$ 47.843,25         | 0        | 35          |
|              | 030405 Quimioterapia adjuvante (profilática) - adulto             | 30          | R\$ 347,45   | R\$ 10.423,50         | 0        | 30          |
|              | 030406 Quimioterapia curativa - adulto                            | 16          | R\$ 1.301,86 | R\$ 20.829,76         | 0        | 16          |
|              | 030407 Quimioterapia de tumores de criança e adolescente          | 3           | R\$ 1.700,00 | R\$ 5.100,00          | 0        | 3           |
|              | 030408 Quimioterapia - procedimentos especiais                    | 18          | R\$ 451,73   | R\$ 8.131,14          | 0        | 18          |
| <b>TOTAL</b> |   | <b>1134</b> |              | <b>R\$ 524.678,04</b> | <b>0</b> | <b>1134</b> |

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



### FAEC

| <b>RECURSO ESTADUAL</b>                      |  |  |                       |                       |                      |
|--|--|--|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| <b>FAEC AMBULATORIAL</b>                     |  |  |                       |                       |                      |
| <b>Grupo</b>                                 | <b>Subgrupo</b>                              | <b>Forma Organizacional</b>  | <b>Quant/<br/>mês</b> | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor/mês</b>     |
| <b>03 -<br/>Procedimentos<br/>Clínicos</b>   | 04 - Tratamento<br>em Oncologia              | 0304030252 Quimioterapia de Mieloma Múltiplo - 1ª<br>linha                                 | 8                     | R\$ 5.224,65          | R\$ 41.797,20        |
|  |  | 0304030260 Quimioterapia de Mieloma Múltiplo - 2ª<br>linha                                 | 4                     | R\$ 5.224,65          | R\$ 20.898,60        |
|  |  | <b>TOTAL</b>   | <b>12</b>             |                       | <b>R\$ 62.695,80</b> |
| <b>FAEC HOSPITALAR</b>                       |  |  |                       |                       |                      |
| <b>Grupo</b>                                 | <b>Subgrupo</b>                              | <b>Forma Organizacional</b>  | <b>Quant/<br/>mês</b> | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor/mês</b>     |
| <b>04 -<br/>Procedimentos<br/>Cirúrgicos</b> | 06 - Cirurgia do<br>Aparelho<br>Circulatório | 0406030049 Angioplastia Coronariana Primária   | 22                    | R\$ 7.493,47          | R\$ 164.856,34       |
|  |  | 0406010803 Plástica Valvar   | 4                     | R\$ 11.982,77         | R\$ 47.931,08        |
|  |  | 0406010811 Plástica Valvar c/ Revascularização<br>Miocárdica                               | 2                     | R\$ 7.756,37          | R\$ 15.512,74        |
|  |  | 0406010820 Plástica Valvar e/ou Troca Valvar Múltipla                                      | 10                    | R\$ 15.643,96         | R\$ 156.439,60       |
|  |  | 0406010927 Revascularização Miocárdica c/ uso de<br>extracorpórea                          | 3                     | R\$ 13.374,91         | R\$ 40.124,73        |
|  |  | 0406010935 Revascularização Miocárdica c/ Uso de<br>Extracorpórea (com 2 ou mais enxertos) | 3                     | R\$ 14.763,72         | R\$ 44.291,16        |
|  |  | 406011206 Implante de prótese valvar   | 10                    | R\$ 13.196,19         | R\$ 131.961,90       |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|  |  |  |           |               |                       |
|--|--|--|-----------|---------------|-----------------------|
|  |  | 406011206 troca valvar c/ revascularização miocárdica                          | 3         | R\$ 16.616,13 | R\$ 49.848,39         |
| <b>05 -<br/>Transplante de<br/>Órgãos,<br/>tecidos e<br/>Células</b> | 03 - Ações<br>Relacionadas a<br>Doação de<br>Órgãos e<br>Tecidos para<br>Transplante | 0503010014 Ações Relacionadas a Doação de Órgãos e<br>Tecidos para Transplante | 3         | R\$ 2.658,63  | R\$ 7.975,89          |
| <b>MUTIRÃO DE EXAMES/</b> Recurso Estadual                           |  |  | <b>60</b> |               | <b>R\$ 658.941,83</b> |

### OPME's PADRONIZADAS

| RECURSO ESTADUAL                          |              |             |                       |
|---|--------------|-------------|-----------------------|
| Forma Organ Secund.                       | MÉDIA MENSAL | VALOR UNIT. | VALOR MÊS             |
| 070201 OPME em Neurocirurgia              | 6            | R\$ 0,00    | R\$ 3.948,41          |
| 070203 OPME em Ortopedia                  | 33,5         | R\$ 0,00    | R\$ 52.172,00         |
| 070204 OPME em Assistência Cardiovascular | 343          | R\$ 0,00    | R\$ 293.451,94        |
| <b>TOTAL</b>                              | <b>383</b>   |             | <b>R\$ 349.572,35</b> |

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



### OPME's NÃO PADRONIZADAS

| Valores unitários conforme Portaria N° 061-R, DE 31/07/2023 |  |        |                |               |
|---|--|--------|----------------|---------------|
| ITEM PORTARIA N° 061-R, 31/07/2023                          | PROCEDIMENTO   | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR MÊS     |
|   |  | MÊS    |                |               |
| 1   | FIO GUIA TIPO AMPLATZ  | 100    | R\$ 350,00     | R\$ 35.000,00 |
| 2   | FIO GUIA TIPO AMPLATZ SUPER STIFF  | 0      | R\$ 350,00     | R\$ 0,00      |
| 3   | FIO GUIA TIPO LUNDERQUIST  | 10     | R\$ 517,00     | R\$ 5.170,00  |
| 4   | INTRODUTOR CONTRA LATERAL  | 5      | R\$ 805,70     | R\$ 4.028,50  |
| 5   | INTRODUTOR ARAMADO   | 10     | R\$ 850,00     | R\$ 8.500,00  |
| 6   | CATETER SUPORTE  | 2      | R\$ 450,00     | R\$ 900,00    |
| 7   | CATETER PIG TAIL CENTIMENTRADO   | 2      | R\$ 700,00     | R\$ 1.400,00  |
| 8   | CATETER TERAPÊUTICO  | 5      | R\$ 3.080,85   | R\$ 15.404,25 |
| 9   | CATETER CIRCULAR DUPLO LOOP  | 2      | R\$ 2.765,75   | R\$ 5.531,50  |
| 10  | CATETER IRRIGADO TERAPÊUTICO UNIDIRECIONAL TIPO FLEXABILITY                | 0      | R\$ 5.800,97   | R\$ 0,00      |
| 11  | CATETER IRRIGADO TERAPEUTICO UNIDIRECIONAL "FORÇA DE CONTATO"              | 0      | R\$ 5.862,00   | R\$ 0,00      |
| 12  | CATETER DE ABLAÇÃO IRRIGADO TERAPEUTICO BIDIRECIONAL COM SENSOR DE CONTATO | 0      | R\$ 11.764,50  | R\$ 0,00      |
| 13  | DISPOSITIVO DE INSUFLAÇÃO  | 10     | R\$ 230,00     | R\$ 2.300,00  |
| 14  | KIT RETIRADA DE FILTRO DE VEIA CAVA  | 1      | R\$ 3.500,00   | R\$ 3.500,00  |
| 15  | BAINHA TRANSEPTAL TIPO AGILIS  | 2      | R\$ 1.765,00   | R\$ 3.530,00  |





GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|    |  |    |               |               |
|----|--|----|---------------|---------------|
| 16 | EQUIPO DE BOMBA DE ALTO FLUXO  | 6  | R\$ 450,00    | R\$ 2.700,00  |
| 17 | KIT ELETRODOS DE REFERÊNCIA PARA ENSITE  | 0  | R\$ 1.944,65  | R\$ 0,00      |
| 18 | COLA BIOLÓGICA TIPO BIOGLUE 3ML  | 4  | R\$ 3.108,00  | R\$ 12.432,00 |
| 19 | COLA BIOLÓGICA TIPO GLUBRAN 1ML  | 0  | R\$ 2.500,00  | R\$ 0,00      |
| 20 | FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA TIPO SMITH NEPHEW   | 19 | R\$ 300,00    | R\$ 5.700,00  |
| 21 | DISPOSITIVO DE FECHAMENTO VASCULAR TIPO PROGLIDE OU ANGIOSEAL  | 30 | R\$ 1.000,00  | R\$ 30.000,00 |
| 22 | INTRODUTOR BAINHA LONGA  | 8  | R\$ 900,00    | R\$ 7.200,00  |
| 23 | ESFERAS DE NEURONAVEGAÇÃO -F NEURONAVEGADOR (Equipamento)  | 0  | R\$ 10.380,00 | R\$ 0,00      |
| 24 | TELA MALEÁVEL DE TITÂNIO   | 0  | R\$ 2.070,00  | R\$ 0,00      |
| 25 | SELANTE DURAL  | 2  | R\$ 11.800,00 | R\$ 23.600,00 |
| 26 | FIO GUIA TIPO CONFIDA OU SAFARI  | 40 | R\$ 191,00    | R\$ 7.640,00  |
| 27 | COMPLEXO PROTROMBÍNICO TOTAL (FATORES II, VII, IX E X DE COAGULAÇÃO) 600UI TIPO PROTHROMPLEX-T 600UI | 7  | R\$ 1.766,44  | R\$ 12.365,08 |
| 28 | KIT SELANTE DE FIBRINA (FIBRINOGEN, APROTIN, TROMBINA) 5ML   | 8  | R\$ 1.521,02  | R\$ 12.168,16 |
| 29 | KIT SELANTE DE FIBRINA (FIBRINOGEN, APROTIN, TROMBINA) 4ML   | 2  | R\$ 1.297,14  | R\$ 2.594,28  |
| 30 | TISSEEL VHSD TROMBINA FIBRINOGENIO APROTININA  | 3  | R\$ 607,30    | R\$ 1.821,90  |
| 31 | ENDOPRÓTESE VASCULAR TIPO STENT-GRAFT-DOMINUS  | 0  | R\$ 25.000,00 | R\$ 0,00      |
| 32 | ESTABILIZADOR CARDÍACO TIPO OCTOPUS  | 0  | R\$ 3.200,00  | R\$ 0,00      |
| 33 | KIT PARA REALIZAÇÃO DE IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VÁLVULA AÓRTICA - TIPO SAPIEN                          | 0  | R\$ 84.000,00 | R\$ 0,00      |
| 34 | KIT PARA REALIZAÇÃO DE IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VÁLVULA AÓRTICA - TIPO EVOLUT                          | 1  | R\$ 80.990,00 | R\$ 80.990,00 |
| 35 | KIT PARA REALIZAÇÃO DE IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VÁLVULA AÓRTICA - TIPO MYVAL                           | 1  | R\$ 80.000,00 | R\$ 80.000,00 |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|    |  |     |               |               |
|----|--|-----|---------------|---------------|
| 36 | CATETER MULTIPOLAR TERAPEUTICO (QUADRI, DECA, DUODECAPOLAR, ETC Possui na tabela SUS (07.02.04.014-2) - sem compatibilidade para eletrofisiologia. Pagamento no valor da tabela SUS até o MS corrigir a cobrança no faturamento. | 0   | R\$ 1.734,61  | R\$ 0,00      |
| 37 | CATETER DE ABLAÇÃO 4 mm  | 0   | R\$ 3.383,78  | R\$ 0,00      |
| 38 | PINÇA ULTRASSÔNICA PARA CIRURGIA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA  | 8   | R\$ 2.000,00  | R\$ 16.000,00 |
| 39 | AGULHA ENDOSCÓPICA   | 0   | R\$ 600,00    | R\$ 0,00      |
| 40 | BALÃO DE DILATAÇÃO   | 100 | R\$ 470,00    | R\$ 47.000,00 |
| 41 | BALÃO EXTRATOR DE CÁLCULOS   | 0   | R\$ 350,00    | R\$ 0,00      |
| 42 | CATETER PARA DRENAGEM BILIAR   | 0   | R\$ 400,00    | R\$ 0,00      |
| 43 | FIO GUIA PANCREATO BILIAR  | 0   | R\$ 300,00    | R\$ 0,00      |
| 44 | PAPILOTOMO TIPO TRIPLO LUMEN OU FACA   | 0   | R\$ 400,00    | R\$ 0,00      |
| 45 | PRÓTESE DE VIA BILIAR  | 0   | R\$ 300,00    | R\$ 0,00      |
| 46 | CESTO EXTRATOR DE CÁLCULO RENAL, URETERAL E BILIAR   | 0   | R\$ 500,00    | R\$ 0,00      |
| 47 | PROTESE TOTAL PRIMARIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - ACETABULO METALICO X LINER DE POLIETILENO X CABEÇA CERAMICA  | 2   | R\$ 6.660,00  | R\$ 13.320,00 |
| 48 | PROTESE TOTAL PRIMARIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - ACETABULO METALICO X LINER DE CERAMICA X CABEÇA METALICA   | 1   | R\$ 9.600,00  | R\$ 9.600,00  |
| 49 | PROTESE TOTAL PRIMARIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - ACETABULO METALICO X LINER DE CERAMICA X CABEÇA CERAMICA   | 2   | R\$ 10.500,00 | R\$ 21.000,00 |
| 50 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL+ ACETABULOS METALICOS JUMBOS X POLIETILENO   | 1   | R\$ 12.800,00 | R\$ 12.800,00 |
| 51 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER MONOBLOCO DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA METALICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36   | 0   | R\$ 48.000,00 | R\$ 0,00      |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|    |  |   |               |          |
|----|--|---|---------------|----------|
| 52 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36             | 0 | R\$ 52.000,00 | R\$ 0,00 |
| 53 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER CERAMICA + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36                | 0 | R\$ 58.000,00 | R\$ 0,00 |
| 54 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA METALICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36 | 0 | R\$ 55.341,44 | R\$ 0,00 |
| 55 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36 | 0 | R\$ 60.000,00 | R\$ 0,00 |
| 56 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER CERAMICA + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36    | 0 | R\$ 64.000,00 | R\$ 0,00 |
| 57 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS - LINER POLIETILENO + CABEÇA METALICA                                   | 0 | R\$ 48.000,00 | R\$ 0,00 |
| 58 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS - LINER POLIETILENO + CABEÇA CERAMICA                                   | 0 | R\$ 52.000,00 | R\$ 0,00 |
| 59 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS - LINER CERAMICA +  | 0 | R\$ 56.000,00 | R\$ 0,00 |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|              |   |            |               |                       |
|--------------|---|------------|---------------|-----------------------|
|              | CABEÇA CERAMICA   |            |               |                       |
| 60           | CUNHAS DE TRABECULADO METALICA PARA DEFEITOS OSSEOS ACETABULARES  | 0          | R\$ 11.500,00 | R\$ 0,00              |
| 61           | PARAFUSOS DE FIXAÇÃO ACETABULAR   | 30         | R\$ 248,40    | R\$ 7.452,00          |
| 62           | PARAFUSOS DE FIXAÇÃO PARA CUNHAS  | 0          | R\$ 248,40    | R\$ 0,00              |
| 63           | PROTESE TOTAL REVISAO DE JOELHO COM CUNHAS DE 5-10 MM PARA DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL                                      | 0          | R\$ 9.693,05  | R\$ 0,00              |
| 64           | PROTESE TOTAL REVISAO SEMI CONSTRICTA DE JOELHO COM CUNHAS PARA / DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL                               | 0          | R\$ 68.000,00 | R\$ 0,00              |
| 65           | PROTESE TOTAL REVISAO CONSTRICTA DE JOELHO COM CUNHAS PARA / DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL                                    | 0          | R\$ 78.000,00 | R\$ 0,00              |
| 66           | PROTESE UNICOMPARTIMENTAL DE JOELHO   | 1          | R\$ 14.080,00 | R\$ 14.080,00         |
| 67           | CONES METALICOS PARA FALHAS OSSEAS EM FEMUR DISTAL E/OU TIBIA PROXIMAL UTILIZADOS EM PROTESES TOTAIS DE REVISÕES DE JOELHOS | 0          | R\$ 14.500,00 | R\$ 0,00              |
| 68           | PROTESE TOTAL REVERSA PARA OMBRO  | 2          | R\$ 28.000,00 | R\$ 56.000,00         |
| 69           | FIOS DE ALTA RESISTENCIA  | 0          | R\$ 280,00    | R\$ 0,00              |
| 70           | LÂMINA DE SERRA OSSEAS  | 19         | R\$ 350,00    | R\$ 6.650,00          |
| 71           | PARTÍCULAS EMBOLIZANTES TIPO "ONIX" *   | 0          | R\$ 1.600,00  | R\$ 0,00              |
| 72           | FIO GUIA HIDROFÍLICO PARA UROLOGIA *  | 0          | R\$ 134,35    | R\$ 0,00              |
| 73           | FIBRA LASER *   | 0          | R\$ 2.200,00  | R\$ 0,00              |
| <b>TOTAL</b> |   | <b>446</b> |               | <b>R\$ 568.377,67</b> |



## CIRURGIAS ELETIVAS

| HOSPITAL RIO DOCE   |   |       |              |                |                |                |              |                |
|---|---|-------|--------------|----------------|----------------|----------------|--------------|----------------|
| ORTOPEDIA (Complementação - Portaria GM/MS nº 2.336/2023) |   |       |              |                |                |                |              |                |
| CODIGO PROCEDIMENTO                                       | NOME PROCEDIMENTO   | Quant | PREÇO SIGTAP | Complementação | Valor Unitário | Valor total    | Quant MENSAL | Valor MENSAL   |
| 408050063   | ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO   | 103   | R\$ 1.653,73 | 300%           | R\$ 6.614,92   | R\$ 681.336,76 | 17           | R\$ 112.453,64 |
| 408040092   | ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA                      | 74    | R\$ 1.739,48 | 300%           | R\$ 6.957,92   | R\$ 514.886,08 | 12           | R\$ 83.495,04  |
| 408050896   | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL         | 72    | R\$ 475,80   | 100%           | R\$ 951,60     | R\$ 68.515,20  | 12           | R\$ 11.419,20  |
| 408040165   | RECONSTRUÇÃO OSTEOPLASTICA DO QUADRIL   | 50    | R\$ 1.602,17 | 100%           | R\$ 3.204,34   | R\$ 160.217,00 | 8            | R\$ 26.702,83  |
| 408050888   | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL | 42    | R\$ 578,89   | 100%           | R\$ 1.157,78   | R\$ 48.626,76  | 7            | R\$ 8.104,46   |
| 408010142   | REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)         | 29    | R\$ 423,51   | 200%           | R\$ 1.270,53   | R\$ 36.845,37  | 5            | R\$ 6.140,90   |
| 408060190   | OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ                                    | 10    | R\$ 645,68   | 100%           | R\$ 1.291,36   | R\$ 12.913,60  | 2            | R\$ 2.152,27   |
| 408040084   | ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA                                    | 8     | R\$ 2.341,71 | 300%           | R\$ 9.366,84   | R\$ 74.934,72  | 1            | R\$ 12.489,12  |
| 408010037   | ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL (NÃO CONVENCIONAL)                                     | 4     | R\$ 592,14   | 300%           | R\$ 2.368,56   | R\$ 9.474,24   | 1            | R\$ 1.579,04   |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|           |  |   |              |      |              |               |   |              |
|-----------|--|---|--------------|------|--------------|---------------|---|--------------|
| 408010215 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL          | 4 | R\$ 379,15   | 100% | R\$ 758,30   | R\$ 3.033,20  | 1 | R\$ 505,53   |
| 408050179 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR COM OU SEM ANTERIOR)      | 3 | R\$ 1.602,18 | 100% | R\$ 3.204,36 | R\$ 9.613,08  | 1 | R\$ 1.602,18 |
| 408060352 | RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO  | 3 | R\$ 151,66   | 100% | R\$ 303,32   | R\$ 909,96    | 1 | R\$ 151,66   |
| 408060379 | RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS   | 3 | R\$ 225,16   | 100% | R\$ 450,32   | R\$ 1.350,96  | 1 | R\$ 225,16   |
| 408060476 | TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO UNICO   | 3 | R\$ 680,20   | 100% | R\$ 1.360,40 | R\$ 4.081,20  | 1 | R\$ 680,20   |
| 403020123 | TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO          | 2 | R\$ 347,62   | 100% | R\$ 695,24   | R\$ 1.390,48  | 1 | R\$ 695,24   |
| 408040041 | ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL)   | 2 | R\$ 1.635,27 | 300% | R\$ 6.541,08 | R\$ 13.082,16 | 1 | R\$ 6.541,08 |
| 408050128 | REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO  | 2 | R\$ 273,15   | 100% | R\$ 546,30   | R\$ 1.092,60  | 1 | R\$ 546,30   |
| 408050152 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO  | 2 | R\$ 578,89   | 100% | R\$ 1.157,78 | R\$ 2.315,56  | 1 | R\$ 1.157,78 |
| 408050160 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)                           | 2 | R\$ 2.294,32 | 100% | R\$ 4.588,64 | R\$ 9.177,28  | 1 | R\$ 4.588,64 |
| 408050748 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO   | 2 | R\$ 268,42   | 100% | R\$ 536,84   | R\$ 1.073,68  | 1 | R\$ 536,84   |
| 408050861 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE TIBIAL | 2 | R\$ 769,41   | 100% | R\$ 1.538,82 | R\$ 3.077,64  | 1 | R\$ 1.538,82 |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|           |   |   |              |      |              |              |   |              |
|-----------|---|---|--------------|------|--------------|--------------|---|--------------|
| 403050103 | RIZOTOMIA / NEUROTOMIA PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA                                     | 1 | R\$ 1.328,41 | 100% | R\$ 2.656,82 | R\$ 2.656,82 | 1 | R\$ 2.656,82 |
| 408010053 | ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL  | 1 | R\$ 592,14   | 300% | R\$ 2.368,56 | R\$ 2.368,56 | 1 | R\$ 2.368,56 |
| 408010100 | OSTECTOMIA DA CLAVÍCULA OU DA ESCÁPULA  | 1 | R\$ 297,12   | 100% | R\$ 594,24   | R\$ 594,24   | 1 | R\$ 594,24   |
| 408010231 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL                                  | 1 | R\$ 295,75   | 100% | R\$ 591,50   | R\$ 591,50   | 1 | R\$ 591,50   |
| 408020563 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ANTEBRAÇO | 1 | R\$ 471,38   | 100% | R\$ 942,76   | R\$ 942,76   | 1 | R\$ 942,76   |
| 408050055 | ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO                                     | 1 | R\$ 2.207,20 | 300% | R\$ 8.828,80 | R\$ 8.828,80 | 1 | R\$ 8.828,80 |
| 408050322 | REPARO DE BAINHA TENDINOSA AO NÍVEL DO TORNOZELO  | 1 | R\$ 213,30   | 100% | R\$ 426,60   | R\$ 426,60   | 1 | R\$ 426,60   |
| 408050659 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO         | 1 | R\$ 355,81   | 100% | R\$ 711,62   | R\$ 711,62   | 1 | R\$ 711,62   |
| 408050721 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE METATARSO PRIMO VARO  | 1 | R\$ 268,42   | 100% | R\$ 536,84   | R\$ 536,84   | 1 | R\$ 536,84   |
| 408050918 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO          | 1 | R\$ 336,60   | 100% | R\$ 673,20   | R\$ 673,20   | 1 | R\$ 673,20   |
| 408060050 | ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES  | 1 | R\$ 213,79   | 300% | R\$ 855,16   | R\$ 855,16   | 1 | R\$ 855,16   |
| 408060093 | DESCOMPRESSÃO COM ESVAZIAMENTO MEDULAR POR BROCAJEM / VIA CORTICOTOMIA                    | 1 | R\$ 705,02   | 100% | R\$ 1.410,04 | R\$ 1.410,04 | 1 | R\$ 1.410,04 |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|             |   |     |            |      |              |                  |    |                |
|-------------|---|-----|------------|------|--------------|------------------|----|----------------|
| 408060123   | EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES                       | 1   | R\$ 283,66 | 100% | R\$ 567,32   | R\$ 567,32       | 1  | R\$ 567,32     |
| 408060182   | OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ   | 1   | R\$ 327,25 | 100% | R\$ 654,50   | R\$ 654,50       | 1  | R\$ 654,50     |
| 408060387   | RETIRADA DE PRÓTESE DE SUBSTITUIÇÃO DE GRANDES ARTICULAÇÕES (OMBRO / COTOVELO / QUADRIL / JOELHO) | 1   | R\$ 759,42 | 100% | R\$ 1.518,84 | R\$ 1.518,84     | 1  | R\$ 1.518,84   |
| Total Geral |   | 437 |            |      |              | R\$ 1.681.284,33 | 90 | R\$ 306.642,73 |

HOSPITAL RIO DOCE

GINECOLOGIA

| CODIGO PROCEDIMENTO | NOME PROCEDIMENTO                         | Quant | PREÇO SIGTAP | Complementação | Valor Unitário | Valor total    | Quant MENSAL | Valor MENSAL  |
|---------------------|---|-------|--------------|----------------|----------------|----------------|--------------|---------------|
| 409060135           | HISTERECTOMIA TOTAL                       | 71    | R\$ 907,93   | 200%           | R\$ 2.723,79   | R\$ 193.389,09 | 12           | R\$ 32.685,48 |
| 409060178           | HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO | 58    | R\$ 173,33   | 200%           | R\$ 519,99     | R\$ 30.159,42  | 4            | R\$ 2.079,96  |
| 409070050           | COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR  | 27    | R\$ 472,43   | 100%           | R\$ 944,86     | R\$ 25.511,22  | 5            | R\$ 4.724,30  |
| 409060216           | OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA              | 16    | R\$ 509,86   | 100%           | R\$ 1.019,72   | R\$ 16.315,52  | 3            | R\$ 3.059,16  |
| 409060100           | HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)           | 12    | R\$ 658,83   | 200%           | R\$ 1.976,49   | R\$ 23.717,88  | 2            | R\$ 3.952,98  |
| 409060151           | HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA          | 10    | R\$ 665,32   | 200%           | R\$ 1.995,96   | R\$ 19.959,60  | 2            | R\$ 3.991,92  |





GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|           |  |   |              |      |              |               |   |              |
|-----------|--|---|--------------|------|--------------|---------------|---|--------------|
| 409060119 | HISTERECTOMIA C/<br>ANEXECTOMIA (UNI /<br>BILATERAL)               | 8 | R\$ 1.103,64 | 200% | R\$ 3.310,92 | R\$ 26.487,36 | 1 | R\$ 3.310,92 |
| 409070157 | EXERESE DE GLÂNDULA DE<br>BARTHOLIN / SKENE                        | 7 | R\$ 224,68   | 100% | R\$ 449,36   | R\$ 3.145,52  | 1 | R\$ 449,36   |
| 409070068 | COLPOPERINEOPLASTIA<br>POSTERIOR                                   | 5 | R\$ 372,54   | 100% | R\$ 745,08   | R\$ 3.725,40  | 1 | R\$ 745,08   |
| 409060046 | CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU<br>S/ DILATAÇÃO DO COLO DO<br>UTERO      | 4 | R\$ 167,42   | 100% | R\$ 334,84   | R\$ 1.339,36  | 1 | R\$ 334,84   |
| 407020403 | RETOSSIGMOIDECTOMIA<br>ABDOMINAL                                   | 3 | R\$ 1.453,79 | 100% | R\$ 2.907,58 | R\$ 8.722,74  | 1 | R\$ 2.907,58 |
| 409060232 | SALPINGECTOMIA UNI /<br>BILATERAL                                  | 3 | R\$ 465,59   | 100% | R\$ 931,18   | R\$ 2.793,54  | 1 | R\$ 931,18   |
| 407040161 | LAPAROTOMIA EXPLORADORA  | 2 | R\$ 637,19   | 100% | R\$ 1.274,38 | R\$ 2.548,76  | 1 | R\$ 1.274,38 |
| 407040170 | LAPAROTOMIA<br>VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA<br>DRENAGEM E/OU BIÓPSIA    | 2 | R\$ 606,15   | 100% | R\$ 1.212,30 | R\$ 2.424,60  | 1 | R\$ 1.212,30 |
| 409010430 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE<br>CISTOCELE                               | 2 | R\$ 372,54   | 100% | R\$ 745,08   | R\$ 1.490,16  | 1 | R\$ 745,08   |
| 409060194 | MIOMECTOMIA  | 2 | R\$ 528,94   | 200% | R\$ 1.586,82 | R\$ 3.173,64  | 1 | R\$ 1.586,82 |
| 409070262 | TRATAMENTO CIRURGICO DE<br>HIPERTROFIA DOS PEQUENOS<br>LABIOS      | 2 | R\$ 119,35   | 100% | R\$ 238,70   | R\$ 477,40    | 1 | R\$ 238,70   |
| 416060013 | AMPUTAÇÃO CONICA DO COLO<br>DO UTERO EM ONCOLOGIA                  | 2 | R\$ 1.808,69 | 100% | R\$ 3.617,38 | R\$ 7.234,76  | 1 | R\$ 3.617,38 |
| 408060310 | RESSECÇÃO SIMPLES DE<br>TUMOR ÓSSEO / DE PARTES<br>MOLES           | 1 | R\$ 368,03   | 100% | R\$ 736,06   | R\$ 736,06    | 1 | R\$ 736,06   |
| 409010499 | TRATAMENTO CIRURGICO DE<br>INCONTINENCIA URINARIA VIA<br>ABDOMINAL | 1 | R\$ 386,20   | 100% | R\$ 772,40   | R\$ 772,40    | 1 | R\$ 772,40   |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|             |   |     |            |      |              |                |    |               |
|-------------|---|-----|------------|------|--------------|----------------|----|---------------|
| 409060038   | EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO                | 1   | R\$ 443,66 | 100% | R\$ 887,32   | R\$ 887,32     | 1  | R\$ 887,32    |
| 409060143   | HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (WERTHEIN-MEIGS) | 1   | R\$ 717,90 | 200% | R\$ 2.153,70 | R\$ 2.153,70   | 1  | R\$ 2.153,70  |
| 409060208   | MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA                | 1   | R\$ 437,46 | 200% | R\$ 1.312,38 | R\$ 1.312,38   | 1  | R\$ 1.312,38  |
| 409060240   | SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA             | 1   | R\$ 376,84 | 100% | R\$ 753,68   | R\$ 753,68     | 1  | R\$ 753,68    |
| 409060267   | SALPINGOPLASTIA VIDEOLAPAROSCOPICA            | 1   | R\$ 337,17 | 100% | R\$ 674,34   | R\$ 674,34     | 1  | R\$ 674,34    |
| 409070190   | MARSUPIALIZACAO DE GLÂNDULA DE BARTOLIN       | 1   | R\$ 139,96 | 100% | R\$ 279,92   | R\$ 279,92     | 1  | R\$ 279,92    |
| Total Geral |   | 244 |            |      |              | R\$ 380.185,77 | 48 | R\$ 75.417,22 |

HOSPITAL RIO DOCE

NEUROCIRURGIA

| CODIGO PROCEDIMENTO | NOME PROCEDIMENTO  | Quant | PREÇO SIGTAP | Complementação | Valor Unitário | Valor total   | Quant MENSAL | Valor MENSAL |
|---------------------|--|-------|--------------|----------------|----------------|---------------|--------------|--------------|
| 403050103           | RIZOTOMIA / NEUROTOMIA PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA            | 9     | R\$ 1.328,41 | 300%           | R\$ 5.313,64   | R\$ 47.822,76 | 1            | R\$ 5.313,64 |
| 403010101           | DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITÔNIO / ÁTRIO / PLEURA / RAQUE    | 3     | R\$ 1.500,72 | 300%           | R\$ 6.002,88   | R\$ 18.008,64 | 1            | R\$ 6.002,88 |
| 408030135           | ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NÍVEL | 3     | R\$ 1.883,27 | 300%           | R\$ 7.533,08   | R\$ 22.599,24 | 1            | R\$ 7.533,08 |
| 408030380           | DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR                  | 3     | R\$ 1.720,27 | 300%           | R\$ 6.881,08   | R\$ 20.643,24 | 1            | R\$ 6.881,08 |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|           |   |   |              |      |               |               |   |               |
|-----------|---|---|--------------|------|---------------|---------------|---|---------------|
|           | VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/<br>MICROSCÓPIO)   |   |              |      |               |               |   |               |
| 403010012 | CRANIOPLASTIA   | 2 | R\$ 1.322,12 | 300% | R\$ 5.288,48  | R\$ 10.576,96 | 1 | R\$ 5.288,48  |
| 403010128 | MICROCIRURGIA CEREBRAL<br>ENDOSCÓPICA   | 2 | R\$ 3.169,61 | 300% | R\$ 12.678,44 | R\$ 25.356,88 | 1 | R\$ 12.678,44 |
| 403030145 | MICROCIRURGIA PARA TUMOR<br>INTRACRANIANO   | 2 | R\$ 3.159,63 | 300% | R\$ 12.638,52 | R\$ 25.277,04 | 1 | R\$ 12.638,52 |
| 403030153 | MICROCIRURGIA PARA TUMOR<br>INTRACRANIANO (COM<br>TÉCNICA COMPLEMENTAR)                 | 2 | R\$ 3.824,25 | 300% | R\$ 15.297,00 | R\$ 30.594,00 | 1 | R\$ 15.297,00 |
| 403040116 | MICROCIRURGIA P/ARA<br>ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO<br>CEREBRAL ANTERIOR MENOR<br>QUE 1,5 CM | 2 | R\$ 3.159,63 | 300% | R\$ 12.638,52 | R\$ 25.277,04 | 1 | R\$ 12.638,52 |
| 403030064 | HIPOFISECTOMIA<br>TRANSESFENOIDAL POR<br>TECNICA COMPLEMENTAR                           | 1 | R\$ 2.991,07 | 300% | R\$ 11.964,28 | R\$ 11.964,28 | 1 | R\$ 11.964,28 |
| 403040051 | MICROCIRURGIA PARA<br>MALFORMAÇÃO ARTÉRIO-<br>VENOSA CEREBRAL                           | 1 | R\$ 2.907,65 | 300% | R\$ 11.630,60 | R\$ 11.630,60 | 1 | R\$ 11.630,60 |
| 403040094 | MICROCIRURGIA PARA<br>ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO<br>CEREBRAL ANTERIOR MAIOR<br>QUE 1,5 CM  | 1 | R\$ 3.159,63 | 300% | R\$ 12.638,52 | R\$ 12.638,52 | 1 | R\$ 12.638,52 |
| 408030062 | ARTRODESE CERVICAL<br>ANTERIOR TRÊS NÍVEIS  | 1 | R\$ 2.072,72 | 300% | R\$ 8.290,88  | R\$ 8.290,88  | 1 | R\$ 8.290,88  |
| 408030070 | ARTRODESE CERVICAL<br>ANTERIOR DOIS NÍVEIS  | 1 | R\$ 1.413,00 | 300% | R\$ 5.652,00  | R\$ 5.652,00  | 1 | R\$ 5.652,00  |
| 408030143 | ARTRODESE INTERSOMÁTICA<br>VIA POSTERIOR / POSTERO-<br>LATERAL DOIS NÍVEIS              | 1 | R\$ 2.166,29 | 300% | R\$ 8.665,16  | R\$ 8.665,16  | 1 | R\$ 8.665,16  |
| 408030291 | ARTRODESE TORACO-LOMBO-<br>SACRA POSTERIOR, DOIS<br>NÍVEIS,                             | 1 | R\$ 2.781,70 | 300% | R\$ 11.126,80 | R\$ 11.126,80 | 1 | R\$ 11.126,80 |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|             |  |    |              |      |               |               |    |                |
|-------------|--|----|--------------|------|---------------|---------------|----|----------------|
| 408030305   | ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NÍVEIS,   | 1  | R\$ 2.781,70 | 300% | R\$ 11.126,80 | R\$ 11.126,80 | 1  | R\$ 11.126,80  |
| 408030402   | DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)                        | 1  | R\$ 1.005,48 | 300% | R\$ 4.021,92  | R\$ 4.021,92  | 1  | R\$ 4.021,92   |
| 408030410   | DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO) | 1  | R\$ 1.785,92 | 300% | R\$ 7.143,68  | R\$ 7.143,68  | 1  | R\$ 7.143,68   |
| 408030917   | ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORÁCICA POSTERIOR QUATRO NÍVEIS                                      | 1  | R\$ 2.781,70 | 300% | R\$ 11.126,80 | R\$ 11.126,80 | 1  | R\$ 11.126,80  |
| 408060379   | RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS   | 1  | R\$ 225,16   | 300% | R\$ 900,64    | R\$ 900,64    | 1  | R\$ 900,64     |
| Total Geral |  | 40 |              |      |               | 330443,88     | 21 | R\$ 188.559,72 |

HOSPITAL RIO DOCE

CIRURGIA REPARADORA

| CODIGO PROCEDIMENTO | NOME PROCEDIMENTO   | Quant | PREÇO SIGTAP | Complementação | Valor Unitário | Valor total  | Quant MENSAL | Valor MENSAL |
|---------------------|---|-------|--------------|----------------|----------------|--------------|--------------|--------------|
| 405010010           | CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO                   | 6     | R\$ 203,74   | 100%           | R\$ 407,48     | R\$ 2.444,88 | 1            | R\$ 407,48   |
| 410010073           | PLASTICA MAMÁRIA FEMININA NAO ESTETICA                      | 4     | R\$ 514,17   | 300%           | R\$ 2.056,68   | R\$ 8.226,72 | 1            | R\$ 2.056,68 |
| 413040046           | DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL NAO ESTETICA (PLÁSTICA ABDOMINAL) | 2     | R\$ 621,84   | 300%           | R\$ 2.487,36   | R\$ 4.974,72 | 1            | R\$ 2.487,36 |
| 401020010           | ENXERTO COMPOSTO  | 1     | R\$ 604,58   | 100%           | R\$ 1.209,16   | R\$ 1.209,16 | 1            | R\$ 1.209,16 |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|             |   |    |              |      |              |               |   |               |
|-------------|---|----|--------------|------|--------------|---------------|---|---------------|
| 401020029   | ENXERTO DERMO-EPIDÉRMICO                      | 1  | R\$ 365,77   | 100% | R\$ 731,54   | R\$ 731,54    | 1 | R\$ 731,54    |
| 401020037   | ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL                   | 1  | R\$ 604,58   | 100% | R\$ 1.209,16 | R\$ 1.209,16  | 1 | R\$ 1.209,16  |
| 409070300   | VULVECTOMIA SIMPLES                           | 1  | R\$ 128,44   | 100% | R\$ 256,88   | R\$ 256,88    | 1 | R\$ 256,88    |
| 413040267   | RECONSTRUÇÃO POR MICROCIRURGIA QUALQUER PARTE | 1  | R\$ 4.098,37 | 100% | R\$ 8.196,74 | R\$ 8.196,74  | 1 | R\$ 8.196,74  |
| Total Geral |   | 17 |              |      |              | R\$ 27.249,80 | 8 | R\$ 16.555,00 |

HOSPITAL RIO DOCE

CIRURGIA GERAL

| CODIGO PROCEDIMENTO | NOME PROCEDIMENTO                            | Quant | PREÇO SIGTAP | Complementação | Valor Unitário | Valor total   | Quant MENSAL | Valor MENSAL  |
|---------------------|--|-------|--------------|----------------|----------------|---------------|--------------|---------------|
| 407030026           | COLECISTECTOMIA                              | 21    | R\$ 996,34   | 200%           | R\$ 2.989,02   | R\$ 62.769,42 | 4            | R\$ 11.956,08 |
| 407030034           | COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA           | 9     | R\$ 992,45   | 200%           | R\$ 2.977,35   | R\$ 26.796,15 | 2            | R\$ 5.954,70  |
| 407040102           | HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) | 7     | R\$ 637,97   | 200%           | R\$ 1.913,91   | R\$ 13.397,37 | 1            | R\$ 1.913,91  |
| 407040080           | HERNIOPLASTIA INCISIONAL                     | 1     | R\$ 539,92   | 200%           | R\$ 1.619,76   | R\$ 1.619,76  | 1            | R\$ 1.619,76  |
| 407040129           | HERNIOPLASTIA UMBILICAL                      | 1     | R\$ 434,99   | 200%           | R\$ 1.304,97   | R\$ 1.304,97  | 1            | R\$ 1.304,97  |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|             |                                   |    |              |      |              |                       |    |                      |
|-------------|-----------------------------------|----|--------------|------|--------------|-----------------------|----|----------------------|
| 409030023   | PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA        | 1  | R\$ 1.001,71 | 200% | R\$ 3.005,13 | R\$ 3.005,13          | 1  | R\$ 3.005,13         |
| 409030040   | RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA | 1  | R\$ 851,58   | 200% | R\$ 2.554,74 | R\$ 2.554,74          | 1  | R\$ 2.554,74         |
| Total Geral |                                   | 41 |              |      |              | <b>R\$ 111.447,54</b> | 11 | <b>R\$ 28.309,29</b> |

HOSPITAL RIO DOCE

CARDIOLOGIA

| CODIGO PROCEDIMENTO | NOME PROCEDIMENTO   | Quant | PREÇO SIGTAP  | Complementação | Valor Unitário | Valor total      | Quant MENSAL | Valor MENSAL   |
|---------------------|---|-------|---------------|----------------|----------------|------------------|--------------|----------------|
| 406010692           | IMPLANTE DE PRÓTESE VALVAR  | 41    | R\$ 13.196,19 | 100%           | R\$ 26.392,38  | R\$ 1.082.087,58 | 7            | R\$ 184.746,66 |
| 406010935           | REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS) | 41    | R\$ 14.709,05 | 100%           | R\$ 29.418,10  | R\$ 1.206.142,10 | 7            | R\$ 205.926,70 |
| 406011206           | TROCA VALVAR C/ REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA                                 | 11    | R\$ 16.616,13 | 100%           | R\$ 33.232,26  | R\$ 365.554,86   | 2            | R\$ 66.464,52  |
| 406010820           | PLÁSTICA VALVAR E/OU TROCA VALVAR MÚLTIPLA                                  | 9     | R\$ 15.474,64 | 100%           | R\$ 30.949,28  | R\$ 278.543,52   | 2            | R\$ 61.898,56  |
| 406010650           | IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA TRANSVENOSO                          | 8     | R\$ 1.225,64  | 100%           | R\$ 2.451,28   | R\$ 19.610,24    | 1            | R\$ 2.451,28   |
| 406011125           | TROCA DE GERADOR DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA                              | 8     | R\$ 916,61    | 100%           | R\$ 1.833,22   | R\$ 14.665,76    | 1            | R\$ 1.833,22   |
| 406010536           | FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL                                       | 5     | R\$ 7.445,17  | 100%           | R\$ 14.890,34  | R\$ 74.451,70    | 1            | R\$ 14.890,34  |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|           |  |   |               |      |                |                |   |                |
|-----------|--|---|---------------|------|----------------|----------------|---|----------------|
| 406010803 | PLÁSTICA VALVAR  | 4 | R\$ 12.659,96 | 100% | R\$ 25.319,92  | R\$ 101.279,68 | 1 | R\$ 25.319,92  |
| 406010927 | REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA COM USO DE EXTRACÓRPOREA                           | 3 | R\$ 14.232,28 | 100% | R\$ 28.464,56  | R\$ 85.393,68  | 1 | R\$ 28.464,56  |
| 406030014 | ANGIOPLASTIA CORONARIANA   | 2 | R\$ 1.575,72  | 300% | R\$ 6.302,88   | R\$ 12.605,76  | 1 | R\$ 6.302,88   |
| 406010137 | CORREÇÃO DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA TORACO-ABDOMINAL                    | 2 | R\$ 17.703,09 | 100% | R\$ 35.406,18  | R\$ 70.812,36  | 1 | R\$ 35.406,18  |
| 406010676 | IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA TRANSVENOSO                             | 2 | R\$ 1.150,79  | 100% | R\$ 2.301,58   | R\$ 4.603,16   | 1 | R\$ 2.301,58   |
| 406010846 | RECONSTRUÇÃO DA RAIZ DA AORTA C/ TUBO VALVADO                                  | 2 | R\$ 11.138,29 | 100% | R\$ 22.276,58  | R\$ 44.553,16  | 1 | R\$ 22.276,58  |
| 408060352 | RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO  | 2 | R\$ 151,66    | 100% | R\$ 303,32     | R\$ 606,64     | 1 | R\$ 303,32     |
| 406011451 | FECHAMENTO DE COMUNICACAO INTERATRIAL (CRIANÇA E ADOLESCENTE)                  | 1 | R\$ 9.175,01  | 100% | R\$ 18.350,02  | R\$ 18.350,02  | 1 | R\$ 18.350,02  |
| 406010544 | FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR                                     | 1 | R\$ 7.445,17  | 100% | R\$ 14.890,34  | R\$ 14.890,34  | 1 | R\$ 14.890,34  |
| 406030154 | FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL SEPTAL,                       | 1 | R\$ 17.144,18 | 100% | R\$ 34.288,36  | R\$ 34.288,36  | 1 | R\$ 34.288,36  |
| 406010892 | IMPLANTE DE PRÓTESE VALVAR   | 1 | R\$ -         | 100% | R\$ 0,00       | R\$ 0,00       | 1 | R\$ 0,00       |
| 406011524 | IMPLANTE TRANSCATETER DE VÁLVULA AÓRTICA (ITVA)                                | 1 | R\$ 57.000,00 | 100% | R\$ 114.000,00 | R\$ 114.000,00 | 1 | R\$ 114.000,00 |
| 406010706 | INFARTECTOMIA / ANEURISMECTOMIA ASSOCIADA OU NÃO A REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA | 1 | R\$ 8.327,91  | 100% | R\$ 16.655,82  | R\$ 16.655,82  | 1 | R\$ 16.655,82  |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|                    |   |            |               |      |               |                         |           |                       |
|--------------------|---|------------|---------------|------|---------------|-------------------------|-----------|-----------------------|
| 406010811          | PLÁSTICA VALVAR COM REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA               | 1          | R\$ 16.616,13 | 100% | R\$ 33.232,26 | R\$ 33.232,26           | 1         | R\$ 33.232,26         |
| 406010900          | RESSECÇÃO DE TUMOR INTRACARDÍACO                              | 1          | R\$ 12.128,34 | 100% | R\$ 24.256,68 | R\$ 24.256,68           | 1         | R\$ 24.256,68         |
| 412040174          | TORACOTOMIA EXPLORADORA                                       | 1          | R\$ 989,08    | 100% | R\$ 1.978,16  | R\$ 1.978,16            | 1         | R\$ 1.978,16          |
| 412020084          | TRATAMENTO DE MEDIASTINITE (QUALQUER VIA)                     | 1          | R\$ 1.585,38  | 100% | R\$ 3.170,76  | R\$ 3.170,76            | 1         | R\$ 3.170,76          |
| 406010994          | TROCA DE ARCO AÓRTICO   | 1          | R\$ 8.675,34  | 100% | R\$ 17.350,68 | R\$ 17.350,68           | 1         | R\$ 17.350,68         |
| 406011036          | TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA              | 1          | R\$ 949,28    | 100% | R\$ 1.898,56  | R\$ 1.898,56            | 1         | R\$ 1.898,56          |
| 406011150          | TROCA DE GERADOR E DE ELETRODO DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA  | 1          | R\$ 916,28    | 100% | R\$ 1.832,56  | R\$ 1.832,56            | 1         | R\$ 1.832,56          |
| 406011184          | TROCA DE GERADOR E DE ELETRODOS DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA | 1          | R\$ 916,49    | 100% | R\$ 1.832,98  | R\$ 1.832,98            | 1         | R\$ 1.832,98          |
| <b>Total Geral</b> |   | <b>154</b> |               |      |               | <b>R\$ 3.644.647,38</b> | <b>42</b> | <b>R\$ 942.323,48</b> |

|              |                        |
|--------------|------------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>R\$1.557.807,44</b> |
|--------------|------------------------|



**HOSPITAL: RIO DOCE**

**CIRURGIAS ELETIVAS DE ENDOMETRIOSE -21º Termo Aditivo-2024**

**CIRURGIA ENDOMETRIOSE- Portaria GM/MS nº 544, de 3 de maio de 2023 - Recurso Federal**

| CIRURGIAS                            | QUANTIDADE MENSAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL          | QTDE. MESES | TOTAL 05 MESES          |
|--------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------------|-------------|-------------------------|
| Cirurgia Endometriose - Grau I       | 1                 | R\$ 5.996,21   | R\$ 5.996,21          | 5           | R\$ 29.981,05           |
| Cirurgia Endometriose - Grau II      | 1                 | R\$ 8.007,81   | R\$ 8.007,81          | 5           | R\$ 40.039,05           |
| Cirurgia Endometriose - Grau III     | 3                 | R\$ 15.393,51  | R\$ 46.180,53         | 5           | R\$ 230.902,65          |
| Cirurgia Endometriose - Grau IV      | 5                 | R\$ 21.867,53  | R\$ 109.337,65        | 5           | R\$ 546.688,25          |
| <b>TOTAL</b>                         | <b>10</b>         |                | <b>R\$ 169.522,20</b> |             | <b>R\$ 847.611,00</b>   |
| DIÁRIAS                              | QUANTIDADE MENSAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL          | QTDE. MESES | TOTAL 05 MESES          |
| Grau I - 06 diárias                  | 6                 | R\$ 977,00     | R\$ 5.862,00          | 5           | R\$ 29.310,00           |
| Grau II - 06 diárias                 | 6                 | R\$ 977,00     | R\$ 5.862,00          | 5           | R\$ 29.310,00           |
| Grau III - 07 diárias                | 21                | R\$ 977,00     | R\$ 20.517,00         | 5           | R\$ 102.585,00          |
| Grau IV - 07 diárias                 | 35                | R\$ 977,00     | R\$ 34.195,00         | 5           | R\$ 170.975,00          |
| <b>TOTAL</b>                         | <b>68</b>         |                | <b>R\$ 66.436,00</b>  |             | <b>R\$ 332.180,00</b>   |
| OPME'S                               | QUANTIDADE MENSAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL          | QTDE. MESES | TOTAL 05 MESES          |
| Pinça Ultrassônica                   | 10                | R\$ 2.000,00   | R\$ 20.000,00         | 5           | R\$ 100.000,00          |
| <b>TOTAL</b>                         | <b>10</b>         |                | <b>R\$ 20.000,00</b>  |             | <b>R\$ 100.000,00</b>   |
| <b>VALOR TOTAL PLANO DE TRABALHO</b> |                   |                | <b>R\$ 255.958,20</b> | <b>5</b>    | <b>R\$ 1.279.791,00</b> |



Obs 01: O pagamento será realizado com base no monitoramento in loco para verificação dos atendimentos realizados, com base nos valores definidos na Nota Técnica GES 002/2024 para cada de cirurgia e seu respectivo estágio, acrescido do valor das diárias utilizadas para internação do referido paciente, não sendo considerada a diária do dia da alta. Os leitos utilizados para internação das pacientes submetidas às cirurgias de endometriose não fazem parte do total dos leitos já contratualizados na rotina dos serviços ofertados pelo estabelecimento. Nesse contexto, é vedado ao estabelecimento a transferência das pacientes para qualquer leito já contratualizados.

Obs 02 - Para a realização do monitoramento é imprescindível a apresentação das diárias dos leitos utilizados para internação bem como a descrição cirúrgica detalhada em prontuário de acordo com o Grau de Estágio conforme **Nota Técnica GES – 002/2024** se, **na descrição cirúrgica de determinado paciente, houver** a menção das características de patologias (pela CID-10, no código N800 (endometriose) ou subcódigos N800 (endometriose do útero), N801 (endometriose do ovário), N802 (endometriose da trompa de falópio), N803 (endometriose do peritônio pélvico), N804 (endometriose do septo retovaginal e da vagina), N805 (endometriose do intestino), N806 (endometriose em cicatriz cutânea), N808 (outra endometriose) e N809 (endometriose não especificada), **E:**

- a) Estágio I: descrição de doença mínima, cabendo implantes isolados e sem aderências significativas.
- b) Estágio II: descrição doença leve, cabendo implantes superficiais com menos de 5 cm e sem aderências significativas
- c) Estágio III: descrição de doença moderada, cabendo múltiplos implantes e aderências peritubárias e Peri ovarianas evidentes.
- d) Estágio IV: descrição de doença grave, cabendo múltiplos implantes superficiais e profundos e incluindo endometriomas e aderências densas e firmes.

### PISO DE ENFERMAGEM

| PISO DA ENFERMAGEM - Recurso Federal  |                       |
|---|-----------------------|
| Parcela   | Valor                 |
| PORTARIA GM/MS Nº 4.926 DE 25 DE JULHO DE 2024 da Parcela de <b>Julho/2024</b> - Piso da Enfermagem - Recurso Federal | R\$ 471.400,60        |
| <b>TOTAL</b>  | <b>R\$ 471.400,60</b> |

## 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.<br/>           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 (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 ensino;</li> <li>-Comissão de Segurança do Paciente;</li> </ul>   |



|  |   |
|--|---|
|  | <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>   |
| <b>4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO</b>   |   |
| 4.1. Experiência do Usuário, ou<br><br>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 s 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 e inseridas para visualização e controle no sistema de regulação.</p>  |
| 5.5 . Acesso aos Exames Especializada  | <p>100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas e inseridos para visualização e controle no sistema de regulação.</p>  |



|   |  |
|---|--|
| 5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas   | Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas $\leq 8\%$<br><br>Atingir percentual: <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.  |
| <b>7. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL</b>   |  |
| 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.   |
| 7.2. Preenchimento do Partograma  | Ter 95% das gestantes em trabalho de parto ativo com partograma preenchido.  |
| 7.3. Classificação de Risco (Manchester e/ou outros)  | Ter 95% das gestantes internadas com avaliação no protocolo de risco.  |
| 7.4. Taxa de Cesárea  | Alcançar, no máximo, 52% de partos cesários por mês.   |
| 7.5. Proporção de RN com apgar de 5º minuto $\leq 7$ .  | Ter no máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto $\leq 7$ .  |



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

**ANEXO C- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE -  
CNES**



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

## **ANEXO D – PLANO DE TRABALHO**

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 10/06/2024

CNES: 2465833 Nome Fantasia: HOSPITAL RIO DOCE CNPJ: 27.836.329/0001-43  
 Nome Empresarial: FUNDACAO BENEFICENTE RIO DOCE Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS  
 Logradouro: JOAO FELIPE CALMON Número: 1245 Complemento: --  
 Bairro: CENTRO Município: 320320 - LINHARES UF: ES  
 CEP: 29900-010 Telefone: (27) 2103-1700 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 1  
 Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL  
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: JOSE ZITENFELD CARDIA  
 Cadastrado em: 04/05/2004 Atualização na base local: 28/05/2024 Última atualização Nacional: 29/05/2024  
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

| Atividade ensino/pesquisa       | Código/natureza jurídica |
|---------------------------------|--------------------------|
| UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO | 3069 - FUNDACAO PRIVADA  |

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

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



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

## Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Classificação Estabelecimento

### Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE

009 - INTERNACAO

| Grupo > Atividade Secundária                                       |
|--|
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL             |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO                 |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 003 - TERAPIAS ESPECIAIS                |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS         |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA         |
| 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 |
|--|-------------------|---------------------|
| <b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>                                 |                   |                     |
| CONSULTORIOS MEDICOS   | 5                 | 0                   |
| SALA DE CURATIVO   | 1                 | 1                   |
| SALA PEQUENA CIRURGIA  | 1                 | 0                   |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO                           | 1                 | 4                   |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO                          | 1                 | 3                   |
| SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO | 1                 | 0                   |
| <b>AMBULATORIAL</b>  |                   |                     |
| CLINICAS INDIFERENCIADO                                      | 8                 | 0                   |
| OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS                              | 5                 | 1                   |
| SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO                  | 3                 | 0                   |
| <b>HOSPITALAR</b>  |                   |                     |
| LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO                                | 2                 | 22                  |
| LEITOS RN NORMAL   | 1                 | 4                   |
| SALA DE CIRURGIA   | 5                 | 5                   |
| SALA DE CURETAGEM  | 1                 | 1                   |
| SALA DE PARTO NORMAL   | 1                 | 1                   |
| SALA DE PRE-PARTO  | 4                 | 7                   |

|                     |   |   |
|---------------------|---|---|
| SALA DE RECUPERACAO | 1 | 3 |
|---------------------|---|---|

Serviços de

| Serviço   | Característica         |
|---|------------------------|
| AMBULANCIA  | PROPRIO                |
| BANCO DE LEITE  | TERCEIRIZADO           |
| CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS                 | PROPRIO                |
| FARMACIA  | PROPRIO                |
| LACTARIO  | PROPRIO                |
| LAVANDERIA  | PROPRIO                |
| 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 E TERCEIRIZADO |
| 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     |
| 107    | ATENCAO A SAUDE AUDITIVA       | PROPRIO        | NÃO          | SIM     | SIM        | SIM     |
| 169    | ATENCAO EM UROLOGIA            | PROPRIO        | NÃO          | NÃO     | SIM        | SIM     |

|     |   |                        |     |     |     |     |
|-----|---|------------------------|-----|-----|-----|-----|
| 150 | CIRURGIA VASCULAR   | PROPRIO                | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 170 | COMISSOES E COMITES   | PROPRIO                | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 151 | MEDICINA NUCLEAR  | PROPRIO E TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 135 | REABILITACAO  | PROPRIO                | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 110 | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA                      | PROPRIO                | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 112 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO         | PROPRIO                | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 116 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA             | PROPRIO                | NÃO | SIM | NÃO | SIM |
| 116 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA             | PROPRIO                | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 116 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA             | PROPRIO E TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 105 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA            | PROPRIO                | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 115 | SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL                             | PROPRIO                | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 163 | SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS                          | PROPRIO                | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | PROPRIO                | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | PROPRIO E TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 120 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | PROPRIO E 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                | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                           | PROPRIO                | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                           | PROPRIO E TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 122 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS       | PROPRIO                | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 124 | SERVICO DE ENDOCRINOLOGIA                                   | PROPRIO                | NÃO | SIM | SIM | SIM |

|     |   |                        |     |     |     |     |
|-----|---|------------------------|-----|-----|-----|-----|
| 142 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                           | PROPRIO                | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 125 | SERVICO DE FARMACIA                             | PROPRIO                | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 126 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                         | PROPRIO E TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 128 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                          | PROPRIO                | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 131 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                         | PROPRIO                | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 132 | SERVICO DE ONCOLOGIA                            | PROPRIO                | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 133 | SERVICO DE PNEUMOLOGIA                          | PROPRIO                | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 136 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL                  | PROPRIO                | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| 162 | SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA                    | PROPRIO                | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 162 | SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA                    | PROPRIO                | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 155 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA            | PROPRIO                | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                | PROPRIO                | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 144 | SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS | PROPRIO                | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 149 | TRANSPLANTE                                     | PROPRIO                | SIM | SIM | SIM | SIM |

Comissões e

| Descrição                                    |
|--|
| CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR              |
| CIPA   |
| ANALISE DE OBITOS E BIOPISIAS                |
| REVISAO DE DOCUMENTAÇÃO MEDICA E ESTATISTICA |
| MORTALIDADE NEONATAL                         |

|                                 |
|---------------------------------|
| ETICA MEDICA                    |
| FARMACIA E TERAPEUTICA          |
| APROPRIACAO DE CUSTOS           |
| PADRONIZACAO DE MEDICAMENTOS    |
| REVISAO DE PRONTUARIOS          |
| MORTALIDADE MATERNA             |
| 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 |
| 112 - 002 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE ALTO RISCO                    | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 112 - 001 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL                | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 163 - 004 | SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS                  | ADULTO   | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 162 - 001 | SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA                        | ADULTO   | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 126 - 004 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                             | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI  | AMBOS    | 7798911       |
| 126 - 002 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                             | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS       | AMBOS    | 7798911       |
| 126 - 006 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                             | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM QUEIMADOS                    | AMBOS    | 7798911       |
| 126 - 007 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                             | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA    | AMBOS    | 7798911       |
| 126 - 005 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                             | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET | AMBOS    | 7798911       |
| 135 - 011 | REABILITACAO  | ATENCAO FISIOTERAPEUTICA                                     | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 135 - 010 | REABILITACAO  | ATENCAO FONOAUDIOLOGICA                                      | 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 |
| 116 - 007 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA     | CARDIOLOGIA CLINICA  | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 116 - 006 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA     | CARDIOLOGIA ENDOVASCULAR EXTRACARDIACO                       | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 116 - 005 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA     | CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (HEMODINAMICA)                  | AMBOS | 3417166       |
| 112 - 005 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | CENTRO DE PARTO NORMAL                                       | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 116 - 002 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA     | CIRURGIA CARDIOVASCULAR (ADULTO)                             | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 116 - 003 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA     | CIRURGIA CARDIOVASCULAR (PEDIATRICO)                         | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 124 - 002 | SERVICO DE ENDOCRINOLOGIA                           | CIRURGIA DE GLANDULAS ENDOCRINAS                             | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 116 - 004 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA     | CIRURGIA VASCULAR  | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 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 |
| 107 - 004 | ATENCAO A SAUDE AUDITIVA                            | DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA                           | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 128 - 002 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                              | DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA                                   | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 124 - 001 | SERVICO DE ENDOCRINOLOGIA                           | DIAGNOSTICOTRATAMENTO DAS DOENCAS ENDOCRINAS METABOLICAS E   | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 142 - 001 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                               | DO APARELHO DIGESTIVO  | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 142 - 002 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                               | DO APARELHO RESPIRATORIO                                     | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 142 - 003 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                               | DO APARELHO URINARIO   | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 162 - 005 | SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA                        | DOENCA CORONARIANA (UCO)                                     | 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 |
| 122 - 007 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS       | EXAME ELETROCARDIOGRAFICO POR TELEMEDICINA                   | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 120 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS                                    | AMBOS | 6309747       |
| 145 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES BIOQUIMICOS   | AMBOS | 3458245       |
| 120 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES CITOPATOLOGICOS                                       | SIM   | 6309747       |
| 145 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES COPROLOGICOS  | AMBOS | 3458245       |
| 145 - 005 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES DE UROANALISE   | AMBOS | 3458245       |
| 145 - 010 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS                         | AMBOS | 3458245       |
| 145 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA                            | AMBOS | 3458245       |
| 145 - 006 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES HORMONAIAS  | AMBOS | 3458245       |
| 145 - 013 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS                                    | AMBOS | 3458245       |
| 145 - 009 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES MICROBIOLOGICOS                                       | AMBOS | 3458245       |
| 145 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS                            | AMBOS | 3458245       |
| 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  | NÃO   | NAO INFORMADO |



|           |   |   |       |               |
|-----------|---|---|-------|---------------|
| 110 - 003 | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA              | LAQUEADURA  | 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                                    | AMBOS | 5945682       |
| 151 - 003 | MEDICINA NUCLEAR                                    | MEDICINA NUCLEAR IN VIVO POR TELEMEDICINA                   | AMBOS | 5945682       |
| 128 - 004 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                              | MEDICINA TRANSFUSIONAL                                      | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 162 - 002 | SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA                        | NEONATAL  | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 163 - 002 | SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS                  | NEONATAL CANGURU  | 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 |
| 132 - 005 | SERVICO DE ONCOLOGIA                                | ONCOLOGIA CIRURGICA   | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 132 - 003 | SERVICO DE ONCOLOGIA                                | ONCOLOGIA CLINICA   | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 112 - 004 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | PARTO EM GESTACAO DE ALTO RISCO                             | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 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 |
| 128 - 001 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                              | PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENCAO DO SANGUE PFINS DE ASSI | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 128 - 003 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                              | PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA                      | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 140 - 006 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                    | PRONTO ATENDIMENTO CLINICO                                  | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 140 - 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 - 014 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                 | PRONTO SOCORRO CARDIOVASCULAR                                | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 140 - 019 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                 | PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO                                 | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 140 - 015 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                 | PRONTO SOCORRO NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA                      | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 140 - 013 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                 | PRONTO SOCORRO OBSTETRICO                                    | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 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 |
| 135 - 005 | REABILITACAO                                     | REABILITACAO AUDITIVA  | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 135 - 003 | REABILITACAO                                     | REABILITACAO FISICA  | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 135 - 001 | REABILITACAO                                     | REABILITACAO VISUAL  | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 121 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                | RESSONANCIA MAGNETICA  | AMBOS | 3476111       |
| 155 - 001 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA             | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA                         | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 155 - 002 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA             | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA PEDIATRICA(ATE 21 ANOS) | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 121 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA                                   | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 131 - 003 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                          | TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO                    | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 133 - 001 | SERVICO DE PNEUMOLOGIA                           | TRATAMENTO DE DOENCAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES             | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 130 - 001 | ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA                   | TRATAMENTO DIALITICO-HEMODIALISE                             | NÃO   | NAO INFORMADO |
| 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 |
| 110 - 004 | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA           | VASECTOMIA   | NÃO   | NAO INFORMADO |

Outros

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

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

| Equipamento                                     | Existente | Em uso | SUS |
|---|-----------|--------|-----|
| EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA                      |           |        |     |
| EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSIENTES      | 1         | 1      | SIM |
| EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM          |           |        |     |
| Gama Camara                                     | 1         | 1      | SIM |
| Mamografo com Comando Simples                   | 1         | 1      | SIM |
| PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA | 1         | 1      | SIM |
| Raio X ate 100 mA                               | 1         | 1      | SIM |
| Raio X de 100 a 500 mA                          | 1         | 1      | SIM |
| Raio X para Hemodinamica                        | 1         | 1      | SIM |
| Tomógrafo Computadorizado                       | 1         | 1      | SIM |
| Ultrassom Convencional                          | 1         | 1      | SIM |
| Ultrassom Doppler Colorido                      | 1         | 1      | SIM |

|                                      |     |     |     |
|--------------------------------------|-----|-----|-----|
| Ultrassom Ecografo                   | 1   | 1   | SIM |
| EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA      |     |     |     |
| Grupo Gerador                        | 2   | 2   | SIM |
| Usina de Oxigenio                    | 1   | 1   | SIM |
| EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA |     |     |     |
| Berço Aquecido                       | 35  | 35  | SIM |
| Bomba de Infusao                     | 225 | 225 | SIM |
| Bomba/Balao Intra-Aortico            | 1   | 1   | SIM |
| Desfibrilador                        | 3   | 3   | SIM |
| Equipamento de Fototerapia           | 11  | 11  | SIM |
| Incubadora                           | 8   | 8   | SIM |
| Marcapasso Temporario                | 29  | 29  | SIM |
| Monitor de ECG                       | 21  | 21  | SIM |
| Monitor de Pressao Invasivo          | 10  | 10  | SIM |
| Monitor de Pressao Nao-Invasivo      | 27  | 27  | SIM |
| Reanimador Pulmonar/AMBU             | 9   | 9   | SIM |
| Respirador/Ventilador                | 72  | 72  | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS    |     |     |     |
| Eletrocardiografo                    | 22  | 14  | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS     |     |     |     |
| Endoscopia Digestivo                 | 2   | 2   | SIM |

|   |   |   |     |
|---|---|---|-----|
| Endoscópio das Vias Respiratórias       | 1 | 1 | SIM |
| Endoscópio das Vias Urinárias           | 1 | 1 | SIM |
| Laparoscópio/Vídeo                      | 3 | 3 | SIM |
| Microscópio Cirúrgico                   | 2 | 2 | SIM |
| OFTALMOSCOPIO                           | 5 | 5 | SIM |
| <b>OUTROS EQUIPAMENTOS</b>              |   |   |     |
| Aparelho de Eletroestimulação           | 1 | 1 | SIM |
| Bomba de Infusão de Hemoderivados       | 4 | 4 | SIM |
| Equipamento de Circulação Extracorpórea | 1 | 1 | SIM |

#### Resíduos/Rejeitos

|                                   |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|
| <b>Coleta Seletiva de Rejeito</b> |  |  |  |
| RESÍDUOS BIOLÓGICOS               |  |  |  |
| RESÍDUOS QUÍMICOS                 |  |  |  |
| RESÍDUOS 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 |
|-------------------|----------------|----------------------|-------------------|

Caracterização de serviço de diálise

| Salas Hemodiálise | Salas de Reuso | Máquinas Hemodiálise | Tratamento D'água          |
|-------------------|----------------|----------------------|----------------------------|
| HBsAg+ = 1        | HBsAg+ = 1     | Proporção = 0        | (X) Filtro de areia        |
| HBsAg- = 1        | HBsAg- = 1     | Outras = 26          | (X) Filtro de carvão       |
| DPI = 0           | HCV+ = 1       | -                    | (X) Abrandador             |
| DPAC = 1          | -              | -                    | ( ) Deionizador            |
| -                 | -              | -                    | ( ) Maq. de Osmose Reversa |
| -                 | -              | -                    | ( ) Outros                 |

Serviço de referência e manutenção

| Serviço   | Razão Social                                   | CNPJ           | Município  |
|---|--|----------------|------------|
| HOSPITAL PARA TRANSPLANTE                         | HOSPITAL RIO DOCE                              | 27836329000143 | LINHARES   |
| LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE               | LIG  | 30695183000178 | VITORIA    |
| HOSPITAL GERAL                                    | HOSPITAL RIO DOCE                              | 27836329000143 | LINHARES   |
| SERVICO DE ANATOMIA PATOLOGICA/CITOLOGIA          | LABORATORIO CENTROLAB                          | 27563303000179 | LINHARES   |
| SERVICO DE PATOLOGIA CLINICA                      | LABORATORIO CENTROLAB                          | 27563303000179 | LINHARES   |
| SERVICO DE PATOLOGIA CLINICA                      | HOSPITAL RIO DOCE                              | 27836329000143 | LINHARES   |
| MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS DE DIALISE             | FRESENIUS                                      | 01440590000136 | JAGUARIUNA |
| MANUTENCAO DOS EQUIPAMENTOS DE TRATAMENTO DE AGUA | PERENNE EQUIPAMENTOS SISTEMA DE AGUA LTDA      | 66118142000247 | SAO PAULO  |
| LABORATORIO PARA ANALISE DE AGUA                  | AGROLAB- ANALISES E CONTROLE DE QUALIDADE LTDA | 39267166000104 | VILA VELHA |
| SERVICO DE RADIOLOGIA                             | HOSPITAL RIO DOCE                              | 27836329000143 | LINHARES   |

Caracterização de serviço de diálise

| Salas Hemodiálise            | Salas de Reuso    | Máquinas Hemodiálise | Tratamento D'água |
|------------------------------|-------------------|----------------------|-------------------|
| SERVICO DE ULTRA-SONOGRAFIA  | HOSPITAL RIO DOCE | 27836329000143       | LINHARES          |
| SERVICO DE CIRURGIA VASCULAR | HOSPITAL RIO DOCE | 27836329000143       | LINHARES          |

Formalização

| Diretor responsável               | CPF         |
|-----------------------------------|-------------|
| RONALDO JOSE DE SOUZA             | 86261274720 |
| Nefrologista responsável          | CPF         |
| ELIANA ANDERSON MONTEIRO DE SOUZA | 79781454768 |

Quimioterapia/Radioterapia

NÚMERO DE SALAS - RADIOTERAPIA

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

NÚMERO DE SALAS - QUIMIOTERAPIA

| Armazenagem | Sala de preparo | Quimio curta duração | Quimio longa duração | Molde | Capela de fluxo laminar |
|-------------|-----------------|----------------------|----------------------|-------|-------------------------|
| 2           | 1               | 1                    | 1                    | 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                 | HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA VITORIA | 28137925000106 | VITORIA   |
| LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE      | CRIO BANCO                            | 28499796000198 | VITORIA   |
| SERVICO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA    | RIO DOCE RADIOLOGIA LTDA              | 19250957000114 | LINHARES  |
| SERVICO DE MEDICINA NUCLEAR              | HOSPITAL SANTA RITA                   | 28137925000106 | VITORIA   |
| RESSONANCIA MAGNETICA                    | BIOSCAN                               | 07739472000100 | LINHARES  |
| SERVICO DE ANATOMIA PATOLOGICA/CITOLOGIA | AGILIS                                | 10290826000277 | LINHARES  |
| PATOLOGIA CLINICA                        | CENTROLAB                             | 27563303000179 | LINHARES  |
| ULTRA-SONOGRAFIA                         | RIO DOCE RADIOLOGIA                   | 19250957000114 | LINHARES  |

Formalização

|  |             |
|--|-------------|
| Médico responsável administrativo ou responsável técnico | CPF         |
| GUILHERME BIANCARDI AUGUSTO FERNANDES                    | 05635883737 |
| Médico responsável oncologista pediátrico                | CPF         |



|  |             |
|--|-------------|
| Não informado                          |             |
| Médico responsável cirurgia oncológica | CPF         |
| RAQUEL DE FATIMA QUINTINO              | 05687613757 |
| Medico responsavel oncologista clínico | CPF         |
| GUILHERME BIANCARDI AUGUSTO FERNANDES  | 05635883737 |
| Médico responsável radioTerapeuta      | CPF         |
| Não informado                          |             |
| Físico nuclear                         | CPF         |
| Não informado                          |             |

## Hemoterapia

### NÚMERO DE SALAS - COLETA

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

### NÚMERO DE SALAS - PROCESSAMENTO

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

### NÚMERO DE SALAS - LABORATÓRIO

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

|   |  |   |  |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|--|
| 1 |  | 1 |  |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|--|

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 |
|----------------------|-------------|-------------------|-------------------|------------------------|---------------------------|-------------------|-------------|
|                      | 2           | 1                 |                   |                        |                           | 1                 | null        |
| Seladoras            | Irradiador  | Aglutinoscópio    | Maq.de Aférese    | Refr. p/guarda de      | Refr. p/guarda de amostra | Cap.fluxo laminar |             |
| null                 |             |                   |                   | 1                      | 1                         |                   |             |

Serviço de referência e manutenção

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

Formalização

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| Médico hemoterapeuta responsável      | CPF         |
| ALESSANDRA SHIRLEY PEREIRA DOS SANTOS | 94990441753 |
| Médico hematologista responsável      | CPF         |
| GEDSON BAZONI SILOTTI                 | 07513188769 |
| Responsável técnico / sorologista     | CPF         |
| ALESSANDRA SHIRLEY PEREIRA DOS SANTOS | 94990441753 |

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| Médico capacitado responsável         | CPF         |
| ALESSANDRA SHIRLEY PEREIRA DOS SANTOS | 94990441753 |

### Hospitalar - Leitos

| Descrição  | Leitos Existentes | Leitos SUS |
|--|-------------------|------------|
| COMPLEMENTAR   |                   |            |
| UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU      | 5                 | 4          |
| UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL | 10                | 8          |
| UTI ADULTO - TIPO II                                     | 10                | 7          |
| UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II                    | 20                | 8          |
| UTI NEONATAL - TIPO II                                   | 10                | 8          |
| ESPEC - CIRURGICO  |                   |            |
| CARDIOLOGIA  | 10                | 10         |
| CIRURGIA GERAL   | 7                 | 6          |
| GINECOLOGIA  | 2                 | 0          |
| NEFROLOGIAUROLOGIA                                       | 1                 | 0          |
| NEUROCIRURGIA  | 4                 | 1          |
| ONCOLOGIA  | 12                | 12         |
| ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA                                   | 19                | 19         |
| ESPEC - CLINICO  |                   |            |
| CARDIOLOGIA  | 6                 | 6          |

| Descrição            | Leitos Existentes | Leitos SUS |
|----------------------|-------------------|------------|
| CLINICA GERAL        | 8                 | 7          |
| NEFROUROLOGIA        | 1                 | 1          |
| NEUROLOGIA           | 2                 | 0          |
| ONCOLOGIA            | 11                | 10         |
| OBSTETRICO           |                   |            |
| OBSTETRICA CIRURGICA | 15                | 15         |
| OBSTETRICA CLINICA   | 16                | 16         |
| PEDIATRICO           |                   |            |
| PEDIATRIA CIRURGICA  | 1                 | 1          |
| PEDIATRIA CLINICA    | 1                 | 1          |

## Habilitações

| Código | Descrição  | Origem   | Competência Inicial | Competência Final | Portaria | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|--|----------|---------------------|-------------------|----------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
| 0801   | UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR*              | NACIONAL | 02/2006             | 99/9999           | SAS-063  | 13/02/2006    |            | 18/07/2006         | 18/07/2006          |
| 0803   | CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS EM CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA  | NACIONAL | 02/2006             | 99/9999           | SAS-063  | 13/02/2006    |            | 18/07/2006         | 18/07/2006          |
| 0805   | CIRURGIA VASCULAR  | NACIONAL | 02/2006             | 99/9999           | SAS-063  | 13/02/2006    |            | 18/07/2006         | 18/07/2006          |
| 0901   | CUIDADOS PROLONGADOS - ENFERMIDADES CARDIOVASCULARES                     | LOCAL    | 01/2008             | 99/9999           | SAS 646  | 28/01/2009    | 0          | 04/06/2024         | 10/06/2024          |
| 0903   | CUIDADOS PROLONGADOS - ENFERMIDADES NEUROLÓGICAS                         | LOCAL    | 01/2008             | 99/9999           | SAS 646  | 28/01/2009    | 0          | 04/06/2024         | 10/06/2024          |
| 0904   | CUIDADOS PROLONGADOS - ENFERMIDADES OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO | LOCAL    | 01/2008             | 99/9999           | SAS 646  | 28/01/2009    | 0          | 04/06/2024         | 10/06/2024          |

| Código | Descrição   | Origem   | Competência Inicial | Competência Final | Portaria               | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|---|----------|---------------------|-------------------|------------------------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
| 0907   | CUIDADOS PROLONGADOS - ENFERMIDADES DEVIDO A CAUSAS EXTERNAS              | LOCAL    | 02/2006             | 99/9999           | SAS 063                | 30/01/2009    | 0          | 04/06/2024         | 10/06/2024          |
| 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          |
| 1706   | UNACON  | NACIONAL | 12/2016             | 99/9999           | 688/SAES/MS            | 28/08/2023    |            | 29/11/2023         | 04/01/2017          |
| 1901   | LAQUEADURA  | LOCAL    | 11/2023             | 99/9999           | RESOLUCAO CIB 252/2023 | 28/05/2024    | 0          | 04/06/2024         | 10/06/2024          |
| 2301   | UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*       | NACIONAL | 10/2012             | 99/9999           | PT SAS 1194            | 25/10/2012    |            | 30/10/2012         | 30/10/2012          |
| 2303   | ENTERAL   | NACIONAL | 10/2012             | 99/9999           | PT SAS 1194            | 25/10/2012    |            | 30/10/2012         | 30/10/2012          |
| 2601   | UTI II ADULTO   | NACIONAL | 12/2004             | 99/9999           | 369/GM/MS              | 28/03/2023    | 7          | 31/03/2023         |                     |
| 2608   | UTI CORONARIANA TIPO II   | NACIONAL | 12/2019             | 99/9999           | 369/GM/MS              | 28/03/2023    | 8          | 31/03/2023         | 18/12/2019          |
| 2610   | UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II - UTIN II                   | NACIONAL | 03/2014             | 99/9999           | 4460/GM/MS             | 21/12/2022    | 8          | 22/12/2022         | 31/03/2014          |
| 2802   | UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCO)         | NACIONAL | 12/2022             | 99/9999           | 4455/GM/MS             | 21/12/2022    | 8          | 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    | 4          | 21/12/2022         | 21/12/2022          |

## Incentivos

| Código | Descrição                                       | Competência Inicial | Competência Final | Portaria       | Data Portaria | Leitos SUS | Data da Atualização |
|--------|---|---------------------|-------------------|----------------|---------------|------------|---------------------|
| 8271   | ENFERMARIA CLINICA DE RETAGUARDA - NOVOS        | 12/2023             | 99/9999           | 2586/GM/MS     | 21/12/2023    | 5          | 18/03/2024          |
| 8272   | ENFERMARIA CLINICA DE RETAGUARDA - QUALIFICADOS | 12/2023             | 99/9999           | 2586/GM/MS     | 21/12/2023    | 5          | 18/03/2024          |
| 8209   | Leito Gestação de Alto Risco (GAR)              | 06/2012             | 99/9999           | GM/MS nº 1.858 | 41150         | 3          | 29/10/2012          |
| 8273   | UTI ADULTO RUE TIPO II - NOVOS                  | 06/2016             | 99/9999           | 474/SAES/MS    | 22/04/2021    | 4          | 10/06/2021          |
| 8274   | UTI ADULTO RUE TIPO II - QUALIFICADOS           | 06/2016             | 99/9999           | 474/SAES/MS    | 22/04/2021    | 4          | 10/06/2021          |

Data desativação: --

Motivo desativação: --

# PLANO DE TRABALHO

| 1 - DADOS CADASTRAIS   |  |  |                                   |                                    |                |          |
|--|--|--|-----------------------------------|------------------------------------|----------------|----------|
| <b>Dados da Fundação</b><br>FUNDAÇÃO BENEFICENTE RIO DOCE  |  |  | <b>CNPJ</b><br>27.836.329/0001-43 |                                    |                |          |
| <b>Endereço (Logradouro e Complemento)</b><br>AVENIDA JOÃO FLEIPE CALMON, 1245   |  |  | <b>C.E.P.</b><br>29.900-027       |                                    |                |          |
| <b>Bairro</b><br>CENTRO  |  | <b>Município</b><br>LINHARES/ES                      |                                   | <b>Telefone:</b><br>(27) 2103-1728 |                |          |
| DADOS CADASTRAIS DO RESPONSÁVEL LEGAL  |  |  |                                   |                                    |                |          |
| <b>Nome</b><br>ARLES GUERRA DE MIRANDA   |  |  | <b>C.P.F.</b><br>190.067.487-49   |                                    |                |          |
| <b>Nº RG</b><br>191.546-ES   |  | <b>Órgão Expedidor</b><br>SSP ES                     |                                   | <b>Telefone</b><br>(27) 2103-1728  |                |          |
| <b>Cargo</b><br>PROVEDOR   | <b>Endereço Eletrônico</b><br><a href="mailto:prestacaodecontas@hospitalriodoce.com.br">prestacaodecontas@hospitalriodoce.com.br</a> |  | <b>Mandato</b>                    |                                    |                |          |
|  | <a href="mailto:administracao@hospitalriodoce.com.br">administracao@hospitalriodoce.com.br</a>                                       |  | <b>Início</b>                     | 01/01/23                           | <b>Término</b> | 31/12/24 |
| 2. DESCRIÇÃO DO PROJETO  |  |  |                                   |                                    |                |          |
| <b>Título do Projeto</b><br>Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Especializada à Saúde.  |  |  |                                   | <b>Período de Execução</b>         |                |          |
|  |  |  |                                   | <b>Início</b>                      | <b>Término</b> |          |
|  |  |  |                                   | Agosto/2024                        | Janeiro/2025   |          |
| <b>Identificação do Objeto</b><br>Incremento Temporário ao Teto da Média e Alta Complexidade (MAC), cujo recurso será destinado a complementar o custeio dos serviços para o atendimento à população na Assistência à Média e Alta Complexidade (MAC), incrementando assim, financiamento destes serviços prestados neste estabelecimento. |  |  |                                   |                                    |                |          |
| 3. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIRO  |  |  |                                   |                                    |                |          |
| <b>Natureza da Despesa</b>   |  | <b>Concedente (R\$)</b>                              | <b>Propone nte(R\$)</b>           | <b>Total(R\$)</b>                  |                |          |
| <b>Código</b>  | <b>Especificação</b>   |  |                                   |                                    |                |          |
| 10.302.5018.2E90   | Incremento Temporário ao Custeio para Manutenção dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas     | 600.000,00   | -                                 | 600.000,00                         |                |          |
| <b>Total Geral</b>   |  |  |                                   | <b>R\$ 600.000,00</b>              |                |          |
| 4. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO  |  |  |                                   |                                    |                |          |
| <b>Metas Físico-Financeiras</b>  |  |  |                                   |                                    |                |          |
| <b>Meta</b>  | <b>Etapas/ Fase</b>  | <b>Especificação pagamento de serviços prestados</b> | <b>Indicador Físico</b>           |                                    | <b>Duração</b> |          |
|  |  |  | Unida de                          | Quantidade                         | Início         | Término  |
| 01   | Custeio para manter os Serviços Hospitalares prestados ao Sistema Único de Saúde – SUS   | R\$  | Parcela única                     | Ago/2024                           | Jan/2025       |          |

**5. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - CONCEDENTE****5.1 - Concedente**

| Meta | Ações  | (Parcela única) |
|------|--|-----------------|
| 1    | Incrementar o financiamento do Teto da Média e Alta Complexidade (MAC) para custeio do atendimento aos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde. | R\$ 600.000,00  |

**5.2 - Proponente**

| Meta  | Ago/24   | Set/24   | Out/24   | Nov/24   | Dez/24   | Jan/25   |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Incrementar o financiamento do Teto da Média e Alta Complexidade (MAC) para custeio do atendimento aos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. |

**6. DECLARAÇÃO**

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto à **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Estadual ou qualquer órgão ou entidades da Administração Pública Estadual, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do Estado do Espírito Santo, na forma deste Plano de Trabalho.

Pede deferimento,

Vitória – ES, 08 de Julho de 2024

**7. APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE**

Aprovado (Local e Data)

Concedente (Carimbo/Assinatura)

Em Vitória/ES, 08 de Julho de 2025

  
Secretaria de Estado da Saúde





**INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO**

Documento capturado em 08/07/2024 14:17:10 (HORARIO DE BRASÍLIA - UTC-3)  
por ARLES GUERRA DE MIRANDA (CIDADÃO)  
Valor Legal: CÓPIA SIMPLES | Natureza: DOCUMENTO DIGITALIZADO  
Conferência: DOCUMENTO CAPTURADO SEM CONFERÊNCIA.

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-X06Q0F>

# PLANO DE TRABALHO

| 1 - DADOS CADASTRAIS   |  |  |                  |                                    |                |                |
|--|--|--|------------------|------------------------------------|----------------|----------------|
| <b>Dados da Fundação</b><br>FUNDAÇÃO BENEFICENTE RIO DOCE  |  |  |                  | <b>CNPJ</b><br>27.836.329/0001-43  |                |                |
| <b>Endereço (Logradouro e Complemento)</b><br>AVENIDA JOÃO FLEIPE CALMON, 1245   |  |  |                  | <b>C.E.P.</b><br>29.900-027        |                |                |
| <b>Bairro</b><br>CENTRO  |  | <b>Município</b><br>LINHARES/ES  |                  | <b>Telefone:</b><br>(27) 2103-1728 |                |                |
| DADOS CADASTRAIS DO RESPONSÁVEL LEGAL  |  |  |                  |                                    |                |                |
| <b>Nome</b><br>ARLES GUERRA DE MIRANDA   |  |  |                  | <b>C.P.F.</b><br>190.067.487-49    |                |                |
| <b>Nº RG</b><br>191.546-ES   |  | <b>Órgão Expedidor</b><br>SSP ES   |                  | <b>Telefone</b><br>(27) 2103-1728  |                |                |
| <b>Cargo</b><br>PROVEDOR   | <b>Endereço Eletrônico</b>   |  |                  | Mandato                            |                |                |
|  | prestacaodecontas@hospitalriodoce.com.br<br>administracao@hospitalriodoce.com.br   |  |                  | <b>Início</b>                      | 01/01/23       | <b>Término</b> |
| 2. DESCRIÇÃO DO PROJETO  |  |  |                  |                                    |                |                |
| <b>Título do Projeto</b><br>Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Especializada à Saúde.  |  |  |                  | <b>Período de Execução</b>         |                |                |
|  |  |  |                  | <b>Início</b>                      | <b>Término</b> |                |
|  |  |  |                  | Agosto/2024                        | Julho/2025     |                |
| Identificação do Objeto  |  |  |                  |                                    |                |                |
| Incremento Temporário ao Teto da Média e Alta Complexidade (MAC), cujo recurso será destinado a complementar o custeio dos serviços para o atendimento à população na Assistência à Média e Alta Complexidade (MAC), incrementando assim, financiamento destes serviços prestados neste estabelecimento. |  |  |                  |                                    |                |                |
| 3. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIRO  |  |  |                  |                                    |                |                |
| Natureza da Despesa  |  | Concedente (R\$)   | Propone nte(R\$) | Total(R\$)                         |                |                |
| Código   | Especificação  |  |                  |                                    |                |                |
| 10.302.5018.2E90   | Incremento Temporário ao Custeio para Manutenção dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas | 1.000.000,00   | -                | 1.000.000,00                       |                |                |
| <b>Total Geral</b>   |  |  |                  | <b>R\$ 1.000.000,00</b>            |                |                |
| 4. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO  |  |  |                  |                                    |                |                |
| Metas Físico-Financeiras   |  |  |                  |                                    |                |                |
| Meta   | Etapa/ Fase  | Especificação pagamento de serviços prestados  | Indicador Físico |                                    | Duração        |                |
|  |  |  | Unida de         | Quantidade                         | Início         | Término        |
| 01   |  | Custeio para manter os Serviços Hospitalares prestados ao Sistema Único de Saúde – SUS | R\$              | Parcela única                      | Ago/2024       | Jul/2025       |

**5. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - CONCEDENTE****5.1 - Concedente**

| Meta | Ações  | (Parcela única)  |
|------|--|------------------|
| 1    | Incrementar o financiamento do Teto da Média e Alta Complexidade (MAC) para custeio do atendimento aos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde. | R\$ 1.000.000,00 |

**5.2 - Proponente**

| Meta  | Ago/24   | Set/24   | Out/24   | Nov/24   | Dez/24   | Jan/25   |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Incrementar o financiamento do Teto da Média e Alta Complexidade (MAC) para custeio do atendimento aos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. |
| Meta  | Fev/25   | Mar/25   | Abr/25   | Mai/25   | Jun/25   | Jul/25   |
| Incrementar o financiamento do Teto da Média e Alta Complexidade (MAC) para custeio do atendimento aos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. | Complementar o custeio dos serviços de Assistência e para o atendimento à população. |

**6. DECLARAÇÃO**

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto à **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Estadual ou qualquer órgão ou entidades da Administração Pública Estadual, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do Estado do Espírito Santo, na forma deste Plano de Trabalho.

Pede deferimento,

Vitória – ES, 02 de Agosto de 2024

**7. APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE**

Aprovado (Local e Data)

Concedente (Carimbo/Assinatura)

Em Vitória/ES, 02 de Agosto de 2024

  
Secretaria de Estado da Saúde





**INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO**

Documento capturado em 02/08/2024 15:44:41 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)

por ARLES GUERRA DE MIRANDA (CIDADÃO)

Valor Legal: CÓPIA SIMPLES | Natureza: DOCUMENTO DIGITALIZADO

Conferência: DOCUMENTO CAPTURADO SEM CONFERÊNCIA

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-2TROXW>

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

**ARLES GUERRA DE MIRANDA**  
CIDADÃO  
assinado em 20/08/2024 09:54:58 -03:00

**CÉLIA LÚCIA VIEIRA**  
SUBSECRETARIO ESTADO  
SSEC - SESA - GOVES  
assinado em 20/08/2024 10:32:03 -03:00



**INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO**

Documento capturado em 20/08/2024 10:32:03 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)  
por JOSIANE ZANDOMENEGO DE BARROS (ASSESSOR ESPECIAL NIVEL II - QCE-05 - 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-ZM33JM>