



CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 009/2022

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022- 10H8S

29º 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, TENDO COMO OBJETO 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, representado neste ato pelo Subsecretário de Estado de Contratação em Saúde, **HEBER DE SOUZA LAUAR**, Brasileiro, Casado, Servidor Público, CPF: 072.979.706-62, nomeado pelo Decreto nº 178-S de 03/02/2025 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 Responsável Legal, Sr. **DALZISO ANTONIO ARMANI**, e inscrito no CPF sob o nº. 395.024.907-97, residente e domiciliado à Av. Nogueira da Gama, 1666 – Apartamento 501, CEP 29900-044, Centro - Linhares - ES, resolvem celebrar o presente 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 12.190, de 24 de julho de 2024; LOA nº 12.329, de 26 de dezembro de 2024 e demais normas e legislação aplicáveis mediante as Cláusulas e condições que se seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo Aditivo ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO tem por objeto: (a) Incorporação de Recurso Financeiro à **Portaria GM/MS Nº 3.604 de 19 de Abril de 2024 - Resolução CIB Nº 003/2025**, (b) Incorporação de Recurso Financeiro à **Portaria GM/MS Nº 3.666 de 19 de Abril de 2024 - Resolução CIB Nº 003/2025**, (c) Incorporação de Recurso Financeiro à **Portaria GM/MS Nº 3.668 de 19 de Abril de 2024 - Resolução CIB Nº 003/2025**, (d) Incorporação da **Portaria GM/MS Nº 6.648, de 25 de Fevereiro de 2025** da Parcela de **Fevereiro/2025** do piso da enfermagem e Fundamentação Jurídica da Lei 14.434/2022 (e) Acréscimo Financeiro de **R\$ 5.069.800,60** (cinco milhões, sessenta e nove mil, oitocentos reais e sessenta centavos) referentes aos objetos (a), (b), (c) e (d) conforme Documento Descritivo – DODE.

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

CLÁUSULA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO DA CLAÚSULA SEXTA

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

6.1- O valor total do presente **Convênio de Contratualização** passa a ser de **R\$ 308.079.532,90** (trezentos e oito milhões e setenta e nove mil e quinhentos e trinta e dois reais e noventa 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).



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

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** (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 foi 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).

6.1.20 - O Recurso Financeiro aplicado ao **19º Termo Aditivo foi 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).

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

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

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

6.1.24 - O Recurso Financeiro aplicado ao **23º Termo Aditivo foi de R\$ 472.720,30** (Quatrocentos e setenta e dois mil e setecentos e vinte reais e trinta centavos).

6.1.25 - O Recurso Financeiro aplicado ao **24º Termo Aditivo foi de R\$ 10.554.548,71** (dez milhões quinhentos e cinquenta e quatro mil quinhentos e quarenta e oito reais e setenta e um centavos).



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

6.1.26 - O Recurso Financeiro aplicado ao **25º Termo Aditivo foi de R\$ 53.439.183,93** (cinquenta e três milhões e quatrocentos e trinta e nove mil e cento e oitenta e três reais e noventa e três centavos).

6.1.26 - O Recurso Financeiro aplicado ao **26º Termo Aditivo foi de R\$ 1.202.710,82** (um milhão e duzentos e dois mil e setecentos e dez reais e oitenta e dois centavos).

6.1.27 - O Recurso Financeiro aplicado ao **27º Termo Aditivo foi de R\$ 4.584.128,24** (quatro milhões e quinhentos e oitenta e quatro mil e cento e vinte e oito reais e vinte e quatro centavos).

6.1.28 - O Recurso Financeiro aplicado ao **28º Termo Aditivo será de R\$ 907.643,03** (novecentos e sete mil, seiscentos e quarenta e três reais e três centavos)

6.1.29 - O Recurso Financeiro aplicado ao **29º Termo Aditivo será de R\$ 5.069.800,60** (cinco milhões, sessenta e nove mil, oitocentos reais e sessenta centavos).

6.2 - O detalhamento do repasse a partir do **29º termo aditivo** se dará da seguinte forma:

6.2.1 - Para a execução do convênio de Contratualização, a CONVENENTE receberá recursos financeiros de **R\$ 33.234.302,46** (trinta e três milhões, duzentos e trinta e quatro mil, trezentos e dois reais e quarenta e seis centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte Estadual e Federal.

6.2.2- A parcela pré-fixada importa em **R\$ 22.837.605,82** (vinte e dois milhões, oitocentos e trinta e sete mil, seiscentos e cinco reais e oitenta e dois centavos) e será transferida à CONVENENTE conforme Quadro de Detalhamento anexo e oneram recursos de transferência da União ao Fundo Estadual de Saúde e recursos próprios da CONCEDENTE.

6.2.3- Setenta por cento (70%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 17.801.519,02** (dezessete milhões, oitocentos e um mil, quinhentos e dezenove reais e dois centavos).

6.2.4- Trinta por cento (30%) do componente pré-fixado mensal, que remontam **R\$ 5.036.086,80** (cinco milhões, trinta e seis mil, oitenta e seis reais e oitenta centavos), é variável e vinculado ao cumprimento das metas de desempenho discriminadas no Documento Descritivo – **DODE**, com monitoramento e avaliação quadrimestral.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

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

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

6.2.7 - O componente pós-fixado, que corresponde aos Procedimentos Ambulatoriais de Exames, Consultas, Terapias, Procedimentos, APAC's, OPME's de Alta Complexidade, OPME's Não Padronizadas na Tabela SUS Capixaba e Cirurgias Eletivas Extras será repassado ao HOSPITAL, à posteriori, (pós-produção, aprovação, processamento), de acordo com a produção mensal aprovada pela SESA, respeitado o limite do Termo Aditivo do convênio contratualização para esses serviços e, conforme programação disposta no Documento Descritivo.

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.

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

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

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

HOSPITAL RIO DOCE - Classificação: ESTRUTURANTE

RESUMO ORÇAMENTO - 29º Termo Aditivo - MARÇO/2025 A MAIO/2025

COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL					
PRÉ FIXADO 70%	Mensal	Março/2025	Abril/2025	Maio/2025	Total
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 2.105.506,66	R\$ 2.105.506,66	R\$ 2.105.506,66	R\$ 2.105.506,66	R\$ 6.316.519,97
LEITOS SALA VERMELHA - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 562.004,80	R\$ 562.004,80	R\$ 562.004,80	R\$ 562.004,80	R\$ 1.686.014,40
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 1.249.444,95	R\$ 1.249.444,95	R\$ 1.249.444,95	R\$ 1.249.444,95	R\$ 3.748.334,84
Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal	R\$ 177.334,54	R\$ 177.334,54	R\$ 177.334,54	R\$ 177.334,54	R\$ 532.003,62
Incentivo Federal - Rede U/E - Leitos UTI - Recurso Federal	R\$ 84.979,78	R\$ 84.979,78	R\$ 84.979,78	R\$ 84.979,78	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) - Recurso Federal	R\$ 64.635,42	R\$ 64.635,42	R\$ 64.635,42	R\$ 64.635,42	R\$ 193.906,26
Portaria GM/MS nº 3.668 DE 29/04/2024 - CIB Nº 002/2025 - Emenda de Bancada - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 200.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 200.000,00
Portaria GM/MS nº 3.666 DE 29/04/2024 - CIB Nº 002/2025 - Emenda de Bancada - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 4.000.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 4.000.000,00



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

Portaria GM/MS nº 3.604 DE 19/04/2024 - CIB Nº 002/2025 - Emenda Individual - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 400.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 400.000,00
Portaria GM/MS Nº 6.648 de 25 de Fevereiro de 2025 - Referente ao Piso da Enfermagem Parcela de Fevereiro/2025 - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 469.800,60	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 469.800,60
RECURSO ESTADUAL 70%	R\$ 2.667.511,46	R\$ 2.667.511,46	R\$ 2.667.511,46	R\$ 2.667.511,46	R\$ 8.002.534,37
RECURSO FEDERAL 70%	R\$ 1.576.394,69	R\$ 6.646.195,29	R\$ 1.576.394,69	R\$ 1.576.394,69	R\$ 9.798.984,66
TOTAL ESTADUAL + FEDERAL 70%	R\$ 4.243.906,14	R\$ 9.313.706,74	R\$ 4.243.906,14	R\$ 4.243.906,14	R\$ 17.801.519,02
PRÉ-FIXADO 30%	Mensal	Março/2025	Abril/2025	Maió/2025	Total
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 902.360,00	R\$ 902.360,00	R\$ 902.360,00	R\$ 902.360,00	R\$ 2.707.079,99
LEITOS SALA VERMELHA - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 240.859,20	R\$ 240.859,20	R\$ 240.859,20	R\$ 240.859,20	R\$ 722.577,60
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 535.476,41	R\$ 535.476,41	R\$ 535.476,41	R\$ 535.476,41	R\$ 1.606.429,22
SUB TOTAL RECURSO ESTADUAL - 30%	R\$ 1.143.219,20	R\$ 1.143.219,20	R\$ 1.143.219,20	R\$ 1.143.219,20	R\$ 3.429.657,59
SUB TOTAL RECURSO FEDERAL - 30%	R\$ 535.476,41	R\$ 535.476,41	R\$ 535.476,41	R\$ 535.476,41	R\$ 1.606.429,22
TOTAL ESTADUAL + FEDERAL - 30%	R\$ 1.678.695,60	R\$ 1.678.695,60	R\$ 1.678.695,60	R\$ 1.678.695,60	R\$ 5.036.086,80
TOTAL PRÉ-FIXADO ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 5.922.601,74	R\$ 10.992.402,34	R\$ 5.922.601,74	R\$ 5.922.601,74	R\$ 22.837.605,82
COMPONENTE PÓS-FIXADO	Mensal	Março/2025	Abril/2025	Maió/2025	Total
Procedimentos de média e alta complexidade - Recurso Federal	R\$ 621.974,42	R\$ 621.974,42	R\$ 621.974,42	R\$ 621.974,42	R\$ 1.865.923,27
Consultas Portaria 166-R - Recurso Estadual	R\$ 176.210,00	R\$ 176.210,00	R\$ 176.210,00	R\$ 176.210,00	R\$ 528.630,00
Exames - Recurso Estadual	R\$ 7.813,90	R\$ 7.813,90	R\$ 7.813,90	R\$ 7.813,90	R\$ 23.441,70
OPME's PADRONIZADAS - Recurso Federal	R\$ 349.572,35	R\$ 349.572,35	R\$ 349.572,35	R\$ 349.572,35	R\$ 1.048.717,05
OPME's NÃO PADRONIZADAS - Recurso Estadual (via Portaria 061-R/2023)	R\$ 568.377,67	R\$ 568.377,67	R\$ 568.377,67	R\$ 568.377,67	R\$ 1.705.133,01
FAEC Ambulatorial - Recurso Estadual	R\$ 62.695,80	R\$ 62.695,80	R\$ 62.695,80	R\$ 62.695,80	R\$ 188.087,40
FAEC Hospitalar - Recurso Estadual	R\$ 658.941,83	R\$ 658.941,83	R\$ 658.941,83	R\$ 658.941,83	R\$ 1.976.825,49



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

Cirurgias Eletivas - Portaria N° 196-R 17/12/2024 - Recurso Estadual	R\$ 1.146.032,06	R\$ 1.146.032,06	R\$ 1.146.032,06	R\$ 0,00	R\$ 2.292.064,12
PORTARIA GM/MS n° 544, de 3 de maio de 2023 - Cirurgias Eletivas em Endometriose - Recurso Federal	R\$ 255.958,20	R\$ 255.958,20	R\$ 255.958,20	R\$ 255.958,20	R\$ 767.874,60
SUBTOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL	R\$ 1.227.504,97	R\$ 1.227.504,97	R\$ 1.227.504,97	R\$ 1.227.504,97	R\$ 3.682.514,92
SUBTOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL	R\$ 2.620.071,26	R\$ 2.620.071,26	R\$ 2.620.071,26	R\$ 1.474.039,20	R\$ 6.714.181,72
TOTAL RECURSO PÓS-FIXADO FEDERAL + ESTADUAL	R\$ 3.847.576,23	R\$ 3.847.576,23	R\$ 3.847.576,23	R\$ 2.701.544,17	R\$ 10.396.696,64
TOTAL RECURSO ESTADUAL	R\$ 6.430.801,91	R\$ 6.430.801,91	R\$ 6.430.801,91	R\$ 5.284.769,85	R\$ 18.146.373,67
TOTAL RECURSO FEDERAL	R\$ 3.339.376,06	R\$ 8.409.176,66	R\$ 3.339.376,06	R\$ 3.339.376,06	R\$ 15.087.928,79
TOTAL DO CONVÊNIO	R\$ 9.770.177,97	R\$ 14.839.978,57	R\$ 9.770.177,97	R\$ 8.624.145,91	R\$ 33.234.302,46
TOTAL DO ADITIVO					R\$ 5.069.800,60

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, para os devidos efeitos legais.

CLÁUSULA QUARTA – DO FORO

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

4.2 - Antes de qualquer providência jurisdicional visando solucionar dúvida quanto à interpretação do presente instrumento, deverão os partícipes buscar solução administrativa, com a participação da



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

Procuradoria Geral do Estado, por intermédio de um ou mais meios de solução consensual de conflitos previstos na Lei Complementar Estadual nº 1.011/2022.

Vitória-ES, Março de 2025.

CONCEDENTE:

HEBER DE SOUZA LAUAR
Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde

CONVENENTE:

DALZISO ANTONIO ARMANI
Provedor



DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **29º 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 **29º 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 e/ou 1501000000 e/ou 2600311000 e/ou 2600312000.

Vitória-ES, Março de 2025.

HEBER DE SOUZA LAUAR
Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde

ANEXO I

DOCUMENTO DESCRITIVO- 29º TERMO ADITIVO

FUNDAÇÃO BENEFICENTE RIO DOCE – HOSPITAL RIO DOCE

CONVÊNIO Nº 009/2022

PROCESSO E-DOCS: 2022-10H8S

PERÍODO DE VIGÊNCIA: 03/2025 a 05/2025



ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

PROVEDOR

Dalziso Antônio Armani

VICE-PROVEDOR

Romerio Antenor Gava

DIRETOR TÉCNICO

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

DIRETOR CLÍNICO

Dra. Fernanda Lazzarine Peruchi – CRM/ES nº 9253



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 AMBULATORIAL.....	13
X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO.....	14
XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS.	19
APROVAÇÃO	21
ANEXOS	22



I - IDENTIFICAÇÃO

Convenente			CNPJ	
Fundação Beneficente Rio Doce			27.836.329/0001-43	
Endereço		Município	UF	CEP
Avenida João Felipe Calmon, 1245 - Centro		Linhares	ES	29.900-027
Região		SRS	CNES	
Central Norte		São Mateus	2465833	
Telefone	Fax	E-mail		
(27) 2103-1728	-	prestacaodecontas@hospitalriodoce.com.br		
Nome do Responsável				
Arles Guerra de Miranda				
CPF	Função	Período de execução 03/2025 a 05/2025		
190.067.487-49	Provedor			
CI	Órgão expedidor			
191.576/ES	SSP			
Banco	Agência	Conta Corrente	Praça	
BANESTES S/A	0124	35.238.005	Linhares/ES	

Missão
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.
Visão
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.
Valores
Comprometimento / Ética / Trabalho em Equipe / Criatividade / Honestidade / Respeito / Humanização / Credibilidade / Transparência / Qualidade / Profissionalismo / Sustentabilidade e competitividade.
Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:
Perfil assistencial: Atendimento Hospitalar de Média e Alta Complexidade. Para o atendimento referente ao seu perfil, o Hospital Rio Doce funciona 24 horas por dia durante 07 (sete) dias na semana.
Papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS: Atendimento de forma Complementar aos pacientes do Sistema Único de Saúde, dos municípios referenciados para este Hospital, conforme grade de referência da SESA.
Área de Abrangência Municípios da GRADE DE REFERÊNCIA, determinado pela SESA, para: ONCOLOGIA: Montanha, Pedro Canário, Pinheiros, Conceição da Barra, Boa Esperança, Nova Venécia, São Mateus, Vila Valério, Sooretama, Jaguaré, Rio Bananal, Linhares. CARDIOLOGIA: 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. NEUROCIURGIA: 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

Tipo de Estabelecimento	<input checked="" type="checkbox"/> Geral () Especializado			
Natureza	<input type="checkbox"/> Público <input checked="" type="checkbox"/> Filantrópico () Privado			
Número de Leitos - CNES	Geral: 169 SUS: 104 - Ofertado SUS: 150			
Número de Leitos Complementar (UTI) - CNES	Geral: 30 SUS: 21 - Ofertado SUS: 33			
Tipo de Leitos de UTI SUS	<input checked="" type="checkbox"/> (10) Adulto (10) Neonatal (20) UCO			
Serviço de Urgência e Emergência	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> Porta Aberta – 10 leitos de sala vermelha <input checked="" type="checkbox"/> Referenciado			
Serviço de Maternidade	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Se sim, habilitado-GAR <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não			
Habilitação em Alta Complexidade	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Quais: Cardiologia Oncologia Neurocirurgia GAR			
Inserção nas Redes de Atenção a Saúde	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim, quais. Cardiologia Oncologia Neurocirurgia GAR	
Classificação do Porte Hospitalar	<input checked="" type="checkbox"/> Estruturante <input type="checkbox"/> Estratégico <input type="checkbox"/> Apoio e/ou Maternidade <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
TOTAL	127

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

8.1.1. Maternidade

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

Tipo de leito	Nº leitos
Clínica Obstétrica – Maternidade de Risco Habitual	19
Clínica Obstétrica – Maternidade de Alta Risco	12
TOTAL	31

8.2 - Atendimento à Urgências

8.2.1 Sala Vermelha

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

Tipo de leito	Nº leitos
U/E Sala Vermelha	10

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

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

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

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

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

9.1.1 ESPECIALIDADES DE NÍVEL AMBULATORIAL

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

9.1.2 – TABELA DE VALOR DA CONSULTA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

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

RECURSO ESTADUAL – MARÇO À MAIO/2025							
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\$ 40,00	R\$ 33.480,00
Consulta Oncológica - Cirurgia Torácica	30	10	20	R\$ 10,00	R\$ 300,00	R\$ 40,00	R\$ 1.200,00
Consulta Oncológica - Cirurgica	473	73	400	R\$ 10,00	R\$ 4.730,00	R\$ 40,00	R\$ 18.920,00
Consulta Oncológica - Hematologia	117	40	77	R\$ 10,00	R\$ 1.170,00	R\$ 40,00	R\$ 4.680,00
Consulta Oncológica - Reconstrução Mamária	40	20	20	R\$ 10,00	R\$ 400,00	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
Consulta Oncológica - Urologia	124	50	74	R\$ 10,00	R\$ 1.240,00	R\$ 40,00	R\$ 4.960,00
Consulta em Ortopedia Clinica	150	0	150	R\$ 10,00	R\$ 1.500,00	R\$ 40,00	R\$ 6.000,00
Consulta em Ortopedia - Coluna	28	15	13	R\$ 10,00	R\$ 280,00	R\$ 40,00	R\$ 1.120,00
Consulta em Ortopedia - Joelho	255	130	125	R\$ 10,00	R\$ 2.550,00	R\$ 40,00	R\$ 10.200,00
Consulta em Ortopedia - Ombro	30	10	20	R\$ 10,00	R\$ 300,00	R\$ 40,00	R\$ 1.200,00
Consulta em Ortopedia - Quadril	30	10	20	R\$ 10,00	R\$ 300,00	R\$ 40,00	R\$ 1.200,00
Consulta em Cardiologia Alta Complexidade	180	90	90	R\$ 10,00	R\$ 1.800,00	R\$ 40,00	R\$ 7.200,00
Consulta em Cardiologias para Risco Cirúrgico	300		300	R\$ 10,00	R\$ 3.000,00	R\$ 40,00	R\$ 12.000,00
Consulta em Cirurgia Cardíaca Adulto	60	20	40	R\$ 10,00	R\$ 600,00	R\$ 40,00	R\$ 2.400,00



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Consulta em Cirurgia Geral	60	45	15	R\$ 10,00	R\$ 600,00	R\$ 40,00	R\$ 2.400,00
Consulta em Cirurgia Ginecológica	200	100	100	R\$ 10,00	R\$ 2.000,00	R\$ 40,00	R\$ 8.000,00
Consulta em Cirurgia Plástica Reparadora	40	0	40	R\$ 10,00	R\$ 400,00	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
Consulta em G.O	400	0	400	R\$ 10,00	R\$ 4.000,00	R\$ 40,00	R\$ 16.000,00
Consulta em Ginecologia - Endometriose	0	0	0	R\$ 10,00	R\$ 0,00	R\$ 40,00	R\$ 0,00
Consulta em Ginecologia e subespecialidades	0	0	0	R\$ 10,00	R\$ 0,00	R\$ 40,00	R\$ 0,00
Consulta em Hematologia	150	75	75	R\$ 10,00	R\$ 1.500,00	R\$ 40,00	R\$ 6.000,00
Consulta em Nefrologia	60	30	30	R\$ 10,00	R\$ 600,00	R\$ 40,00	R\$ 2.400,00
Consulta em Neurocirurgia	210	75	135	R\$ 10,00	R\$ 2.100,00	R\$ 65,00	R\$ 13.650,00
Consulta em Pneumologia	120	60	60	R\$ 10,00	R\$ 1.200,00	R\$ 40,00	R\$ 4.800,00
Consulta em Reumatologia	120	90	30	R\$ 10,00	R\$ 1.200,00	R\$ 40,00	R\$ 4.800,00
Consulta em Risco Anestésico	200	0	200	R\$ 10,00	R\$ 2.000,00	R\$ 40,00	R\$ 8.000,00
Consulta em Urologia	60	0	60	R\$ 10,00	R\$ 600,00	R\$ 40,00	R\$ 2.400,00
TOTAL	4274	1243	3031				R\$ 176.210,00
Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.							

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



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



	<ul style="list-style-type: none">• SIM - 5,0 pontos;• NÃO – zero. <p>OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a a s monitorada.</p>	
5. ACESSO AO SISTEMA		35,0
5.1. Acesso Hospitalar	Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação. Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil.	5,0
5.2. Tempo de Regulação	Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas.	5,0
5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado	Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de Regulação. (Leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise).	10,0
5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada	100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas e inseridas para visualização e controle no sistema de regulação.	5,0
5.5 . Acesso aos Exames Especializada	100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas e inseridos para visualização e controle no sistema de regulação.	5,0
5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas	Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas $\leq 8\%$ Atingir percentual: <ul style="list-style-type: none">• $\leq 8,0\%$ - 5,0 pontos;• 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos;• $\geq 10,0\%$ – zero.	5,0
6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO		25,0
6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência.	- Alcançar e manter, em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência).	15,0
6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação.	Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir \leq a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação.	5,0



6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas.	Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir \leq a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas.	5,0
7. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL		10,0
7.1. Proporção de gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha durante a internação para realização do parto	Assegurar a $\geq 95\%$ das gestantes a presença do acompanhante de livre escolha.	2,0
7.2. Preenchimento do Partograma	Ter 95% das gestantes em trabalho de parto ativo com partograma preenchido.	2,0
7.3. Classificação de Risco (Manchester e/ou outros)	Ter 95% das gestantes internadas com avaliação no protocolo de risco.	2,0
7.4. Taxa de Cesárea	Alcançar, no máximo, 52% de partos cesários por mês.	2,0
7.5. Proporção de RN com apgar de 5º minuto ≤ 7 .	Ter no máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto ≤ 7 .	2,0
TOTAL		100,0

XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

HOSPITAL RIO DOCE - Classificação: ESTRUTURANTE

RESUMO ORÇAMENTO - 29º Termo Aditivo - MARÇO/2025 A MAIO/2025

COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL

PRÉ FIXADO 70%	Mensal	Março/2025	Abril/2025	Maio/2025	Total
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 2.105.506,66	R\$ 2.105.506,66	R\$ 2.105.506,66	R\$ 2.105.506,66	R\$ 6.316.519,97
LEITOS SALA VERMELHA - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 562.004,80	R\$ 562.004,80	R\$ 562.004,80	R\$ 562.004,80	R\$ 1.686.014,40
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 1.249.444,95	R\$ 1.249.444,95	R\$ 1.249.444,95	R\$ 1.249.444,95	R\$ 3.748.334,84



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO
SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal	R\$ 177.334,54	R\$ 177.334,54	R\$ 177.334,54	R\$ 177.334,54	R\$ 532.003,62
Incentivo Federal - Rede U/E - Leitos UTI - Recurso Federal	R\$ 84.979,78	R\$ 84.979,78	R\$ 84.979,78	R\$ 84.979,78	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) - Recurso Federal	R\$ 64.635,42	R\$ 64.635,42	R\$ 64.635,42	R\$ 64.635,42	R\$ 193.906,26
Portaria GM/MS nº 3.668 DE 29/04/2024 - CIB Nº 002/2025 - Emenda de Bancada - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 200.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 200.000,00
Portaria GM/MS nº 3.666 DE 29/04/2024 - CIB Nº 002/2025 - Emenda de Bancada - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 4.000.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 4.000.000,00
Portaria GM/MS nº 3.604 DE 19/04/2024 - CIB Nº 002/2025 - Emenda Individual - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 400.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 400.000,00
Portaria GM/MS Nº 6.648 de 25 de Fevereiro de 2025 - Referente ao Piso da Enfermagem Parcela de Fevereiro/2025 - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 469.800,60	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 469.800,60
RECURSO ESTADUAL 70%	R\$ 2.667.511,46	R\$ 2.667.511,46	R\$ 2.667.511,46	R\$ 2.667.511,46	R\$ 8.002.534,37
RECURSO FEDERAL 70%	R\$ 1.576.394,69	R\$ 6.646.195,29	R\$ 1.576.394,69	R\$ 1.576.394,69	R\$ 9.798.984,66
TOTAL ESTADUAL + FEDERAL 70%	R\$ 4.243.906,14	R\$ 9.313.706,74	R\$ 4.243.906,14	R\$ 4.243.906,14	R\$ 17.801.519,02
PRÉ-FIXADO 30%	Mensal	Março/2025	Abril/2025	Maió/2025	Total
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 902.360,00	R\$ 902.360,00	R\$ 902.360,00	R\$ 902.360,00	R\$ 2.707.079,99
LEITOS SALA VERMELHA - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 240.859,20	R\$ 240.859,20	R\$ 240.859,20	R\$ 240.859,20	R\$ 722.577,60
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 535.476,41	R\$ 535.476,41	R\$ 535.476,41	R\$ 535.476,41	R\$ 1.606.429,22
SUB TOTAL RECURSO ESTADUAL - 30%	R\$ 1.143.219,20	R\$ 1.143.219,20	R\$ 1.143.219,20	R\$ 1.143.219,20	R\$ 3.429.657,59
SUB TOTAL RECURSO FEDERAL - 30%	R\$ 535.476,41	R\$ 535.476,41	R\$ 535.476,41	R\$ 535.476,41	R\$ 1.606.429,22
TOTAL ESTADUAL + FEDERAL - 30%	R\$ 1.678.695,60	R\$ 1.678.695,60	R\$ 1.678.695,60	R\$ 1.678.695,60	R\$ 5.036.086,80



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO
SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TOTAL PRÉ-FIXADO ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 5.922.601,74	R\$ 10.992.402,34	R\$ 5.922.601,74	R\$ 5.922.601,74	R\$ 22.837.605,82
COMPONENTE PÓS-FIXADO	Mensal	Março/2025	Abril/2025	Maió/2025	Total
Procedimentos de média e alta complexidade - Recurso Federal	R\$ 621.974,42	R\$ 621.974,42	R\$ 621.974,42	R\$ 621.974,42	R\$ 1.865.923,27
Consultas Portaria 166-R - Recurso Estadual	R\$ 176.210,00	R\$ 176.210,00	R\$ 176.210,00	R\$ 176.210,00	R\$ 528.630,00
Exames - Recurso Estadual	R\$ 7.813,90	R\$ 7.813,90	R\$ 7.813,90	R\$ 7.813,90	R\$ 23.441,70
OPME's PADRONIZADAS - Recurso Federal	R\$ 349.572,35	R\$ 349.572,35	R\$ 349.572,35	R\$ 349.572,35	R\$ 1.048.717,05
OPME's NÃO PADRONIZADAS - Recurso Estadual (via Portaria 061-R/2023)	R\$ 568.377,67	R\$ 568.377,67	R\$ 568.377,67	R\$ 568.377,67	R\$ 1.705.133,01
FAEC Ambulatorial - Recurso Estadual	R\$ 62.695,80	R\$ 62.695,80	R\$ 62.695,80	R\$ 62.695,80	R\$ 188.087,40
FAEC Hospitalar- Recurso Estadual	R\$ 658.941,83	R\$ 658.941,83	R\$ 658.941,83	R\$ 658.941,83	R\$ 1.976.825,49
Cirurgias Eletivas - Portaria N° 196-R 17/12/2024 - Recurso Estadual	R\$ 1.146.032,06	R\$ 1.146.032,06	R\$ 1.146.032,06	R\$ 0,00	R\$ 2.292.064,12
PORTARIA GM/MS n° 544, de 3 de maio de 2023 - Cirurgias Eletivas em Endometriose - Recurso Federal	R\$ 255.958,20	R\$ 255.958,20	R\$ 255.958,20	R\$ 255.958,20	R\$ 767.874,60
SUBTOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL	R\$ 1.227.504,97	R\$ 1.227.504,97	R\$ 1.227.504,97	R\$ 1.227.504,97	R\$ 3.682.514,92
SUBTOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL	R\$ 2.620.071,26	R\$ 2.620.071,26	R\$ 2.620.071,26	R\$ 1.474.039,20	R\$ 6.714.181,72
TOTAL RECURSO PÓS-FIXADO FEDERAL + ESTADUAL	R\$ 3.847.576,23	R\$ 3.847.576,23	R\$ 3.847.576,23	R\$ 2.701.544,17	R\$ 10.396.696,64
TOTAL RECURSO ESTADUAL	R\$ 6.430.801,91	R\$ 6.430.801,91	R\$ 6.430.801,91	R\$ 5.284.769,85	R\$ 18.146.373,67
TOTAL RECURSO FEDERAL	R\$ 3.339.376,06	R\$ 8.409.176,66	R\$ 3.339.376,06	R\$ 3.339.376,06	R\$ 15.087.928,79
TOTAL DO CONVÊNIO	R\$ 9.770.177,97	R\$ 14.839.978,57	R\$ 9.770.177,97	R\$ 8.624.145,91	R\$ 33.234.302,46
TOTAL DO ADITIVO					R\$ 5.069.800,60



APROVAÇÃO

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de **R\$ 33.234.302,46** (trinta e três milhões e duzentos e trinta e quatro mil e trezentos e dois reais e quarenta e seis centavos).

Assinatura e carimbo da Concedente

Nome: **HEBER DE SOUZA LAUAR**
CPF: **072.979.706-62**

Assinatura

Assinatura e carimbo da Convenente

Nome: **DALZISO ANTÔNIO
ARMANI**
CPF: **395.024.907-97**

Assinatura

Vitória (ES), Março de 2025.



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 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
TOTAL	127			R\$ 4.053.944,88

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
TOTAL	31			R\$ 738.843,12

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
TOTAL	10		R\$ 2.641,00	R\$ 802.864,00

TOTAL GERAL DE LEITOS	168			R\$ 5.595.652,00
------------------------------	------------	--	--	-------------------------



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO
SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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
TOTAL	R\$ 326.949,74

CONSULTAS

RECURSO ESTADUAL – MARÇO /2025 À MAIO/2025							
Código do Procedimento 03.01.01.00-72 - Ambulatório Especializado	Oferta Mensal Contratual	Quantidade 1º Ve	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\$ 40,00	R\$ 33.480,00
Consulta Oncológica - Cirurgia Torácica	30	10	20	R\$ 10,00	R\$ 300,00	R\$ 40,00	R\$ 1.200,00
Consulta Oncológica - Cirúrgica	473	73	400	R\$ 10,00	R\$ 4.730,00	R\$ 40,00	R\$ 18.920,00
Consulta Oncológica - Hematologia	117	40	77	R\$ 10,00	R\$ 1.170,00	R\$ 40,00	R\$ 4.680,00
Consulta Oncológica - Reconstrução Mamária	40	20	20	R\$ 10,00	R\$ 400,00	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
Consulta Oncológica - Urologia	124	50	74	R\$ 10,00	R\$ 1.240,00	R\$ 40,00	R\$ 4.960,00
Consulta em Ortopedia Clinica	150	0	150	R\$ 10,00	R\$ 1.500,00	R\$ 40,00	R\$ 6.000,00
Consulta em Ortopedia - Coluna	28	15	13	R\$ 10,00	R\$ 280,00	R\$ 40,00	R\$ 1.120,00
Consulta em Ortopedia - Joelho	255	130	125	R\$ 10,00	R\$ 2.550,00	R\$ 40,00	R\$ 10.200,00
Consulta em Ortopedia - Ombro	30	10	20	R\$ 10,00	R\$ 300,00	R\$ 40,00	R\$ 1.200,00
Consulta em Ortopedia - Quadril	30	10	20	R\$ 10,00	R\$ 300,00	R\$ 40,00	R\$ 1.200,00
Consulta em Cardiologia Alta Complexidade	180	90	90	R\$ 10,00	R\$ 1.800,00	R\$ 40,00	R\$ 7.200,00
Consulta em Cardiologias para Risco Cirúrgico	300		300	R\$ 10,00	R\$ 3.000,00	R\$ 40,00	R\$ 12.000,00
Consulta em Cirurgia Cardíaca Adulto	60	20	40	R\$ 10,00	R\$ 600,00	R\$ 40,00	R\$ 2.400,00



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Consulta em Cirurgia Geral	60	45	15	R\$ 10,00	R\$ 600,00	R\$ 40,00	R\$ 2.400,00
Consulta em Cirurgia Ginecológica	200	100	100	R\$ 10,00	R\$ 2.000,00	R\$ 40,00	R\$ 8.000,00
Consulta em Cirurgia Plástica Reparadora	40	0	40	R\$ 10,00	R\$ 400,00	R\$ 40,00	R\$ 1.600,00
Consulta em G.O	400	0	400	R\$ 10,00	R\$ 4.000,00	R\$ 40,00	R\$ 16.000,00
Consulta em Ginecologia - Endometriose	0	0	0	R\$ 10,00	R\$ 0,00	R\$ 40,00	R\$ 0,00
Consulta em Ginecologia e subespecialidades	0	0	0	R\$ 10,00	R\$ 0,00	R\$ 40,00	R\$ 0,00
Consulta em Hematologia	150	75	75	R\$ 10,00	R\$ 1.500,00	R\$ 40,00	R\$ 6.000,00
Consulta em Nefrologia	60	30	30	R\$ 10,00	R\$ 600,00	R\$ 40,00	R\$ 2.400,00
Consulta em Neurocirurgia	210	75	135	R\$ 10,00	R\$ 2.100,00	R\$ 65,00	R\$ 13.650,00
Consulta em Pneumologia	120	60	60	R\$ 10,00	R\$ 1.200,00	R\$ 40,00	R\$ 4.800,00
Consulta em Reumatologia	120	90	30	R\$ 10,00	R\$ 1.200,00	R\$ 40,00	R\$ 4.800,00
Consulta em Risco Anestésico	200	0	200	R\$ 10,00	R\$ 2.000,00	R\$ 40,00	R\$ 8.000,00
Consulta em Urologia	60	0	60	R\$ 10,00	R\$ 600,00	R\$ 40,00	R\$ 2.400,00
TOTAL	4274	1243	3031				R\$ 176.210,00

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



EXAMES

HOSPITAL RIO DOCE								
EXAMES - 29º Termo Aditivo - MARÇO/2025 À MAIO/2025								
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 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 (Esofagogastroduodenoscopia)	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
		50	0	50				R\$ 7.813,90
Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.								



SIA DE MEDIA - 29º Termo Aditivo – MARÇO/2025 À MAIO/2025

RECURSO FEDERAL

Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/ mês	Valor Unitário	Valor/mês
02 - Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	01 - Coleta de Material	020101 Coleta de material por meio de punção/biópsia	30	R\$ 138,13	R\$ 4.144,00
	02 - Diagnóstico em Laboratório Clínico	020201 Exames bioquímicos	1200	R\$ 2,48	R\$ 2.974,83
		020202 Exames hematológicos e hemostasia	620	R\$ 4,06	R\$ 2.517,88
		020203 Exames sorológicos e imunológicos	350	R\$ 13,52	R\$ 4.731,83
		020205 Exames de uroanálise	45	R\$ 3,59	R\$ 161,34
		020206 Exames hormonais	55	R\$ 10,05	R\$ 552,88
		020208 Exames microbiológicos	42	R\$ 6,67	R\$ 280,24
		020209 Exames em outros líquidos biológicos	10	R\$ 6,45	R\$ 64,55
	03 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	020302 Exames anatomopatológicos	370	R\$ 66,14	R\$ 24.471,43
	04 - Diagnóstico em Radiologia	020401 Exames radiológicos da cabeça e pescoço	4	R\$ 7,32	R\$ 29,28
		020402 Exames radiológicos da coluna vertebral	6	R\$ 10,27	R\$ 61,61
		020403 Exames radiológicos do torax e mediastino	45	R\$ 7,37	R\$ 331,68
		020404 Exames radiológicos da cintura escapular e dos membros superiores	100	R\$ 7,00	R\$ 700,25
020405 Exames radiológicos do abdomen e pelve		10	R\$ 37,21	R\$ 372,05	



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

		020406 Exames radiológicos da cintura pélvica e dos membros inferiores	150	R\$ 7,72	R\$ 1.158,43
	05 - Diagnóstico por Ultrassonografia	020501 Ultra-sonografias do sistema circulatório (qualquer região anatômica)	50	R\$ 39,83	R\$ 1.991,36
		020502 Ultra-sonografias dos demais sistemas	250	R\$ 29,66	R\$ 7.414,50
	09 - Diagnóstico por Endoscopia	020901 Aparelho digestivo	20	R\$ 48,16	R\$ 963,20
		Colonoscopia	10	R\$ 112,66	R\$ 1.126,60
		020904 - Broncosopia	12	R\$ 36,02	R\$ 432,24
	11-Metodos Diagnosticos em Especialidades	09-Diagnostico em Urologia - Estudo Urodinâmico	10	R\$ 7,62	R\$ 76,20
03 - Procedimentos clínicos	01 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	01 - Consultas médicas / outros profissionais de nível superior	4274	R\$ 10,00	R\$ 42.740,00
TOTAL			7663		R\$ 97.296,38
Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.					



SIA DE ALTA - 29º Termo Aditivo -MARÇO/2025 A MAIO/2025					
RECURSO FEDERAL					
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/ mês	Valor Unitário	Valor/mês
02 - Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	06 - Diagnóstico por Tomografia	020601 Tomografia da cabeça, pescoço e coluna vertebral	54	R\$ 98,01	R\$ 5.292,54
		020602 Tomografia do torax e membros superiores	120	R\$ 133,25	R\$ 15.990,00
		020603 Tomografia do abdomen, pelve e membros inferiores	195	R\$ 138,50	R\$ 27.007,50
	07 - Diagnóstico por Ressonância Magnética	020701 RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral	15	R\$ 268,75	R\$ 4.031,25
		020702 RM do torax e membros superiores	4	R\$ 268,75	R\$ 1.075,00
		020703 RM do abdomen, pelve e membros inferiores	40	R\$ 268,75	R\$ 10.750,00
	08 - Diagnóstico por Medicina Nuclear In Vivo	020804 Aparelho geniturinário	1	R\$ 133,03	R\$ 133,03
		020805 Aparelho esquelético	35	R\$ 190,99	R\$ 6.684,65
	11 - Métodos Diagnósticos em Especialidades	021102 Diagnóstico em cardiologia	50	R\$ 614,72	R\$ 30.736,00
03 - Procedimentos Clínicos	04 - Tratamento em Oncologia	030402 Quimioterapia paliativa - adulto	472	R\$ 652,29	R\$ 307.880,88
		030403 Quimioterapia para controle temporário de doença - adulto	46	R\$ 494,99	R\$ 22.769,54
		030404 Quimioterapia prévia (neoadjuvante/citorredutora)- adulto	35	R\$ 1.366,95	R\$ 47.843,25
		030405 Quimioterapia adjuvante (profilática) - adulto	30	R\$ 347,45	R\$ 10.423,50
		030406 Quimioterapia curativa - adulto	16	R\$ 1.301,86	R\$ 20.829,76



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

		030407 Quimioterapia de tumores de criança e adolescente	3	R\$ 1.700,00	R\$ 5.100,00
		030408 Quimioterapia - procedimentos especiais	18	R\$ 451,73	R\$ 8.131,14
			1134		R\$ 524.678,04

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

FAEC

RECURSO ESTADUAL					
FAEC AMBULATORIAL					
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/mês	Valor Unitário	Valor/mês
03 - Procedimentos Clínicos	04 - Tratamento em Oncologia	0304030252 Quimioterapia de Mieloma Múltiplo - 1ª linha	8	R\$ 5.224,65	R\$ 41.797,20
		0304030260 Quimioterapia de Mieloma Múltiplo - 2ª linha	4	R\$ 5.224,65	R\$ 20.898,60
		TOTAL	12		R\$ 62.695,80



FAEC HOSPITALAR					
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/ mês	Valor Unitário	Valor/mês
04 - Procedimentos Cirúrgicos	06 - Cirurgia do Aparelho 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 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 extracorpórea	3	R\$ 13.374,91	R\$ 40.124,73
		0406010935 Revascularização Miocárdica c/ Uso de 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
		406011206 troca valvar c/ revascularização miocárdica	3	R\$ 16.616,13	R\$ 49.848,39
05 - Transplante de Órgãos, tecidos e Células	03 - Ações Relacionadas a Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante	0503010014 Ações Relacionadas a Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante	3	R\$ 2.658,63	R\$ 7.975,89
MUTIRÃO DE EXAMES/ Recurso Estadual			60		R\$ 658.941,83



OPME's PADRONIZADAS

HOSPITAL: RIO DOCE			
OPME'S PADRONIZADA - 29º Termo Aditivo - MARÇO/2025 A MAIO/2025			
RECURSO FEDERAL			
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
TOTAL	383		R\$ 349.572,35

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

HOSPITAL: RIO DOCE				
OPME NÃO PADRONIZADA - 29º Termo Aditivo - MARÇO/2025 A MAIO/2025				
Valores unitários conforme Portaria Nº 061-R, DE 31/07/2023				
ITEM PORTARIA Nº 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



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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
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



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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 FIBRINOGENÍO 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
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



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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
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	0	R\$ 60.000,00	R\$ 0,00



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

	ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36			
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 + CABEÇA CERAMICA	0	R\$ 56.000,00	R\$ 0,00
60	CUNHAS DE TRABECULADO METALICA PARA DEFEITOS OSSEOS ACETABULARES	0	R\$ 11.500,00	R\$ 0,00



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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
TOTAL		446		R\$ 568.377,67



CIRURGIAS ELETIVAS – MARÇO/2025 À ABRIL/2025

HRD - PROGRAMA ESTADUAL DE REDUÇÃO DE FILAS - CIRURGIAS ELETIVAS								
Código	NOME PROCEDIMENTO	Quant. Mensal	TABELA SIGTAP	Complementação - RE	Valor Unitário	Valor Mensal	Valor Total (Jan 2025 a abril 2025)	FILA AIH 12/2024
408050063	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	17	R\$ 1.653,73	300%	R\$ 6.614,92	R\$ 112.453,64	R\$ 449.814,56	160
408040092	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA	12	R\$ 1.739,48	300%	R\$ 6.957,92	R\$ 83.495,04	R\$ 333.980,16	78
408050896	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	12	R\$ 475,80	100%	R\$ 951,60	R\$ 11.419,20	R\$ 45.676,80	75
408040165	RECONSTRUÇÃO OSTEOPLASTICA DO QUADRIL	8	R\$ 1.602,17	100%	R\$ 3.204,34	R\$ 25.634,72	R\$ 102.538,88	66
408050888	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	7	R\$ 578,89	100%	R\$ 1.157,78	R\$ 8.104,46	R\$ 32.417,84	48
408010142	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	5	R\$ 423,51	200%	R\$ 1.270,53	R\$ 6.352,65	R\$ 25.410,60	24
408060190	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	2	R\$ 645,68	100%	R\$ 1.291,36	R\$ 2.582,72	R\$ 10.330,88	14
408010037	ARTROPLASTIA ESCAPULO- UMERAL (NÃO CONVENCIONAL)	1	R\$ 592,14	300%	R\$ 2.368,56	R\$ 2.368,56	R\$ 9.474,24	5
408010215	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	1	R\$ 379,15	100%	R\$ 758,30	R\$ 758,30	R\$ 3.033,20	7
408050179	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR COM OU SEM ANTERIOR)	1	R\$ 1.602,18	100%	R\$ 3.204,36	R\$ 3.204,36	R\$ 12.817,44	3
408060352	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	1	R\$ 151,66	100%	R\$ 303,32	R\$ 303,32	R\$ 1.213,28	4
408060379	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	1	R\$ 225,16	100%	R\$ 450,32	R\$ 450,32	R\$ 1.801,28	11



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

408060476	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO UNICO	1	R\$ 680,20	100%	R\$ 1.360,40	R\$ 1.360,40	R\$ 5.441,60	4
408050152	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	1	R\$ 578,89	100%	R\$ 1.157,78	R\$ 1.157,78	R\$ 4.631,12	4
408050160	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	1	R\$ 2.294,32	100%	R\$ 4.588,64	R\$ 4.588,64	R\$ 18.354,56	77
408050748	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO	1	R\$ 268,42	100%	R\$ 536,84	R\$ 536,84	R\$ 2.147,36	2
403050103	RIZOTOMIA / NEUROTOMIA PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA	1	R\$ 1.328,41	100%	R\$ 2.656,82	R\$ 2.656,82	R\$ 10.627,28	14
408050055	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	1	R\$ 2.207,20	300%	R\$ 8.828,80	R\$ 8.828,80	R\$ 35.315,20	8
		74				R\$ 276.256,57	R\$ 1.105.026,28	

Código	NOME PROCEDIMENTO	Quant. Mensal	TABELA SIGTAP	Complementação - RE	Valor Unitário	Valor Mensal	Valor Total (Jan a abril 2024)	FILA AIH 12/2024
409060135	HISTERECTOMIA TOTAL	12	R\$ 907,93	200%	R\$ 2.723,79	R\$ 32.685,48	R\$ 130.741,92	76
409060178	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	4	R\$ 173,33	200%	R\$ 519,99	R\$ 2.079,96	R\$ 8.319,84	96
409070050	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	5	R\$ 472,43	100%	R\$ 944,86	R\$ 4.724,30	R\$ 18.897,20	31
409060216	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	3	R\$ 509,86	100%	R\$ 1.019,72	R\$ 3.059,16	R\$ 12.236,64	26
409060100	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	2	R\$ 658,83	200%	R\$ 1.976,49	R\$ 3.952,98	R\$ 15.811,92	16
409060151	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	2	R\$ 665,32	200%	R\$ 1.995,96	R\$ 3.991,92	R\$ 15.967,68	18
409060119	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	1	R\$ 1.103,64	200%	R\$ 3.310,92	R\$ 3.310,92	R\$ 13.243,68	17
409070157	EXERESE DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE	1	R\$ 224,68	100%	R\$ 449,36	R\$ 449,36	R\$ 1.797,44	10



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

409070068	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	1	R\$ 372,54	100%	R\$ 745,08	R\$ 745,08	R\$ 2.980,32	6
409060046	CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO UTERO	1	R\$ 167,42	100%	R\$ 334,84	R\$ 334,84	R\$ 1.339,36	1
407020403	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL	1	R\$ 1.453,79	100%	R\$ 2.907,58	R\$ 2.907,58	R\$ 11.630,32	3
409060232	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	1	R\$ 465,59	100%	R\$ 931,18	R\$ 931,18	R\$ 3.724,72	3
407040161	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	1	R\$ 637,19	100%	R\$ 1.274,38	R\$ 1.274,38	R\$ 5.097,52	10
407040170	LAPAROTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA PARA DRENAGEM E/OU BIÓPSIA	1	R\$ 606,15	100%	R\$ 1.212,30	R\$ 1.212,30	R\$ 4.849,20	2
409060194	MIOMECTOMIA	1	R\$ 528,94	200%	R\$ 1.586,82	R\$ 1.586,82	R\$ 6.347,28	2
409070262	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS	1	R\$ 119,35	100%	R\$ 238,70	R\$ 238,70	R\$ 954,80	2
416060013	AMPUTAÇÃO CONICA DO COLO DO UTERO EM ONCOLOGIA	1	R\$ 1.808,69	100%	R\$ 3.617,38	R\$ 3.617,38	R\$ 14.469,52	20
408060310	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES	1	R\$ 368,03	100%	R\$ 736,06	R\$ 736,06	R\$ 2.944,24	2
409060038	EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO	1	R\$ 443,66	100%	R\$ 887,32	R\$ 887,32	R\$ 3.549,28	14
409070190	MARSUPIALIZAÇÃO DE GLÂNDULA DE BARTOLIN	1	R\$ 139,96	100%	R\$ 279,92	R\$ 279,92	R\$ 1.119,68	2
		42				R\$ 69.005,64	R\$ 276.022,56	
Código	NOME PROCEDIMENTO	Quant. Mensal	TABELA SIGTAP	Complementação - RE	Valor Unitário	Valor Mensal	Valor Total (Jan a abril 2024)	FILA AIH 12/2024
403050103	RIZOTOMIA / NEUROTOMIA PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA	1	R\$ 1.328,41	300%	R\$ 5.313,64	R\$ 5.313,64	R\$ 21.254,56	14
403010101	DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITÔNIO / ÁTRIO / PLEURA / RAQUE	1	R\$ 1.500,72	300%	R\$ 6.002,88	R\$ 6.002,88	R\$ 24.011,52	4



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

408030135	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NÍVEL	1	R\$ 1.883,27	300%	R\$ 7.533,08	R\$ 7.533,08	R\$ 30.132,32	7
408030380	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCÓPIO)	1	R\$ 1.720,27	300%	R\$ 6.881,08	R\$ 6.881,08	R\$ 27.524,32	2
403010012	CRANIPLASTIA	1	R\$ 1.322,12	300%	R\$ 5.288,48	R\$ 5.288,48	R\$ 21.153,92	4
403010128	MICROCIRURGIA CEREBRAL ENDOSCÓPICA	1	R\$ 3.169,61	300%	R\$ 12.678,44	R\$ 12.678,44	R\$ 50.713,76	3
403030145	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO	1	R\$ 3.159,63	300%	R\$ 12.638,52	R\$ 12.638,52	R\$ 50.554,08	3
403030153	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	1	R\$ 3.824,25	300%	R\$ 15.297,00	R\$ 15.297,00	R\$ 61.188,00	6
403030064	HIPOFISECTOMIA TRANSESFENOIDAL POR TÉCNICA COMPLEMENTAR	1	R\$ 2.991,07	300%	R\$ 11.964,28	R\$ 11.964,28	R\$ 47.857,12	4
408030070	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS	1	R\$ 1.413,00	300%	R\$ 5.652,00	R\$ 5.652,00	R\$ 22.608,00	2
408030143	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS	1	R\$ 2.166,29	300%	R\$ 8.665,16	R\$ 8.665,16	R\$ 34.660,64	5
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	R\$ 28.574,72	2
408060379	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	1	R\$ 225,16	300%	R\$ 900,64	R\$ 900,64	R\$ 3.602,56	11
		13				R\$ 105.958,88	R\$ 423.835,52	

Código	NOME PROCEDIMENTO	Quant. Mensal	TABELA SIGTAP	Complementação - RE	Valor Unitário	Valor Mensal	Valor Total (Jan a abril 2024)	FILA AIH 12/2024
405010010	CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	6	R\$ 203,74	100%	R\$ 407,48	R\$ 2.444,88	R\$ 9.779,52	6



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

410010073	PLASTICA MAMÁRIA FEMININA NAO ESTETICA	4	R\$ 514,17	300%	R\$ 2.056,68	R\$ 8.226,72	R\$ 32.906,88	6
401020010	ENXERTO COMPOSTO	1	R\$ 604,58	100%	R\$ 1.209,16	R\$ 1.209,16	R\$ 4.836,64	1
401020029	ENXERTO DERMO-EPIDÉRMICO	1	R\$ 365,77	100%	R\$ 731,54	R\$ 731,54	R\$ 2.926,16	4
413040267	RECONSTRUÇÃO POR MICROCIRURGIA QUALQUER PARTE	1	R\$ 4.098,37	100%	R\$ 8.196,74	R\$ 8.196,74	R\$ 32.786,96	3
		13				R\$ 20.809,04	R\$ 83.236,16	
Código	NOME PROCEDIMENTO	Quant. Mensal	TABELA SIGTAP	Complementação - RE	Valor Unitário	Valor Mensal	Valor Total (Jan a abril 2024)	FILA AIH 12/2024
407030026	COLECISTECTOMIA	21	R\$ 996,34	200%	R\$ 2.989,02	R\$ 62.769,42	R\$ 251.077,68	26
407030034	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	9	R\$ 992,45	200%	R\$ 2.977,35	R\$ 26.796,15	R\$ 107.184,60	53
407040102	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	7	R\$ 637,97	200%	R\$ 1.913,91	R\$ 13.397,37	R\$ 53.589,48	21
407040080	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	1	R\$ 539,92	200%	R\$ 1.619,76	R\$ 1.619,76	R\$ 6.479,04	3
407040129	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	1	R\$ 434,99	200%	R\$ 1.304,97	R\$ 1.304,97	R\$ 5.219,88	10
		39				R\$ 105.887,67	R\$ 423.550,68	
Código	NOME PROCEDIMENTO	Quant. Mensal	TABELA SIGTAP	Complementação - RE	Valor Unitário	Valor Mensal	Valor Total (Jan a abril 2024)	FILA AIH 12/2024
406010692	IMPLANTE DE PRÓTESE VALVAR	7	R\$ 13.196,19	100%	R\$ 26.392,38	R\$ 184.746,66	R\$ 738.986,64	122
406010935	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS)	7	R\$ 14.709,05	100%	R\$ 29.418,10	R\$ 205.926,70	R\$ 823.706,80	79
406011206	TROCA VALVAR C/ REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA	2	R\$ 16.616,13	100%	R\$ 33.232,26	R\$ 66.464,52	R\$ 265.858,08	11



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

406010820	PLÁSTICA VALVAR E/OU TROCA VALVAR MÚLTIPLA	2	R\$ 15.474,64	100%	R\$ 30.949,28	R\$ 61.898,56	R\$ 247.594,24	31
406010650	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA TRANSVENOSO	1	R\$ 1.225,64	100%	R\$ 2.451,28	R\$ 2.451,28	R\$ 9.805,12	13
406011125	TROCA DE GERADOR DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA	1	R\$ 916,61	100%	R\$ 1.833,22	R\$ 1.833,22	R\$ 7.332,88	6
406010536	FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL	1	R\$ 7.445,17	100%	R\$ 14.890,34	R\$ 14.890,34	R\$ 59.561,36	32
406010803	PLÁSTICA VALVAR	1	R\$ 12.659,96	100%	R\$ 25.319,92	R\$ 25.319,92	R\$ 101.279,68	2
406010676	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA TRANSVENOSO	1	R\$ 1.150,79	100%	R\$ 2.301,58	R\$ 2.301,58	R\$ 9.206,32	3
408060352	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	1	R\$ 151,66	100%	R\$ 303,32	R\$ 303,32	R\$ 1.213,28	118
412040174	TORACOTOMIA EXPLORADORA	1	R\$ 989,08	100%	R\$ 1.978,16	R\$ 1.978,16	R\$ 7.912,64	8
		25				R\$ 568.114,26	R\$ 2.272.457,04	

		Valor Mensal	Total 4 meses (de Janeiro a Abril/2025)
TOTAL GERAL CONFORME PORTARIA Nº.: 196-R DE 17/12/2024		R\$ 1.146.032,06	4.584.128,24



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL: RIO DOCE
CIRURGIAS ELETIVAS DE ENDOMETRIOSE - 29º Termo Aditivo-2025
CIRURGIA ENDOMETRIOSE

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	1	R\$ 5.996,21
Cirurgia Endometriose - Grau II	1	R\$ 8.007,81	R\$ 8.007,81	1	R\$ 8.007,81
Cirurgia Endometriose - Grau III	3	R\$ 15.393,51	R\$ 46.180,53	1	R\$ 46.180,53
Cirurgia Endometriose - Grau IV	5	R\$ 21.867,53	R\$ 109.337,65	1	R\$ 109.337,65
TOTAL	10		R\$ 169.522,20		R\$ 169.522,20
DIÁRIAS	QUANTIDADE MENSAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL	QTDE. MESES	TOTAL 05 MESES
Grau I - 06 diárias	6	R\$ 977,00	R\$ 5.862,00	1	R\$ 5.862,00
Grau II - 06 diárias	6	R\$ 977,00	R\$ 5.862,00	1	R\$ 5.862,00
Grau III - 07 diárias	21	R\$ 977,00	R\$ 20.517,00	1	R\$ 20.517,00
Grau IV - 07 diárias	35	R\$ 977,00	R\$ 34.195,00	1	R\$ 34.195,00
TOTAL	68		R\$ 66.436,00		R\$ 66.436,00
OPME'S	QUANTIDADE MENSAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL	QTDE. MESES	TOTAL 05 MESES
Pinça Ultrassônica	10	R\$ 2.000,00	R\$ 20.000,00	1	R\$ 20.000,00
TOTAL	10		R\$ 20.000,00		R\$ 20.000,00
VALOR TOTAL PLANO DE TRABALHO			R\$ 255.958,20	1	R\$ 255.958,20



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.

29º Termo Aditivo - MARÇO/2025	
RECURSO FEDERAL	
PISO DA ENFERMAGEM	
Portaria GM/MS Nº 6.648 de 25 de Fevereiro de 2025 - Referente ao Piso da Enfermagem Parcela de Fevereiro/2025 - Recurso Federal	R\$ 469.800,60
TOTAL	R\$ 469.800,60



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

FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO SCORE

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



	<ul style="list-style-type: none">-Comissão de Segurança do Paciente;-Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e-Grupo Técnico de Humanização (GTH).
3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente	Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: <ul style="list-style-type: none">-Identificação do Paciente;-Cirurgia Segura;-Prevenção de Úlcera de Pressão;-Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde;-Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos;-Prevenção de Quedas.
4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO	
4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada prioritariamente pela metodologia do NPS (<i>Net Promoter Score</i>).	Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital. Atingir resposta ótimo e bom: <ul style="list-style-type: none">• $\geq 65\%$ - 5,0 pontos;• 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos;• $\leq 61,99$ – zero. OU Atingir índice do NPS 65: <ul style="list-style-type: none">• SIM - 5,0 pontos;• NÃO – zero. OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a a s monitorada.
5. ACESSO AO SISTEMA	
5.1. Acesso Hospitalar	Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação. Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil.
5.2. Tempo de Regulação	Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas.
5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado	Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de Regulação. (leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise).
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.
5.5 . Acesso aos Exames Especializada	100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas e inseridas para visualização e controle no sistema de regulação.



5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas	Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas $\leq 8\%$ Atingir percentual: <ul style="list-style-type: none">• $\leq 8,0\%$ - 5,0 pontos;• 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos;• $\geq 10,0\%$ – zero.
6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO	
6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência.	- Alcançar e manter, em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência).
6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação.	Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir \leq a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação.
6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas.	Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir \leq a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas.
7. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL	
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 ≤ 7 .	Ter no máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto ≤ 7 .



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

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

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 07/03/2025

CNES: 2465833 Nome Fantasia: HOSPITAL RIO DOCE CNPJ: 27.836.329/0001-43
 Nome Empresarial: FUNDAÇÃO 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: 27/02/2025 Última atualização Nacional: 06/03/2025
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	3069 - FUNDAÇÃO 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
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
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
AMBULATORIAL		
CLINICAS INDIFERENCIADO	8	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	5	1
SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	3	0
HOSPITALAR		
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

115	ATENCAO PSICOSSOCIAL	PROPRIO	NÃO	SIM	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
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	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	SIM	SIM	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	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 HORMONAIIS	AMBOS	3458245
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	AMBOS	3458245
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	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 / NEUROCIURURGIA	NEUROCIURURGIA 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
Endoscopia das Vias Respiratorias	1	1	SIM

Endoscopia das Vias Urinárias	1	1	SIM
Laparoscopia/Vídeo	3	3	SIM
Microscopia Cirúrgica	2	2	SIM
OFTALMOSCOPIO	5	5	SIM
OUTROS EQUIPAMENTOS			
Aparelho de Eletroestimulação	1	1	SIM
Bomba de Infusão de Hemoderivados	4	4	SIM
Equipamento de Circulação Extracorpórea	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
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
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
SERVICO DE MEDICINA NUCLEAR	HOSPITAL SANTA RITA	28137925000106	VITORIA

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		
BUCO MAXILO FACIAL	1	1
CARDIOLOGIA	8	8
CIRURGIA GERAL	6	5
GINECOLOGIA	3	1
NEFROLOGIAUROLOGIA	2	1
NEUROCIRURGIA	6	3
ONCOLOGIA	9	9
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	19	19
PLASTICA	1	1

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	6	6
CLINICA GERAL	8	7
NEFROUROLOGIA	2	2
NEUROLOGIA	5	3
ONCOLOGIA	7	6
OBSTETRICO		
OBSTETRICA CIRURGICA	16	15
OBSTETRICA CLINICA	17	16
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	1	1
PEDIATRIA CLINICA	1	1

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 n� 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

Homologações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: --

Motivo desativação: --

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 07/03/2025

CNES: 2465833 Nome Fantasia: HOSPITAL RIO DOCE CNPJ: 27.836.329/0001-43
 Nome Empresarial: FUNDAÇÃO 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: 27/02/2025 Última atualização Nacional: 06/03/2025
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	3069 - FUNDAÇÃO 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
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
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
AMBULATORIAL		
CLINICAS INDIFERENCIADO	8	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	5	1
SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	3	0
HOSPITALAR		
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

115	ATENCAO PSICOSSOCIAL	PROPRIO	NÃO	SIM	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
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	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	SIM	SIM	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	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 HORMONAIIS	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 / NEUROCIURURGIA	NEUROCIURURGIA 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 Digestiva	2	2	SIM
Endoscopia das Vias Respiratorias	1	1	SIM

Endoscopia das Vias Urinárias	1	1	SIM
Laparoscopia/Vídeo	3	3	SIM
Microscopia Cirúrgica	2	2	SIM
OFTALMOSCOPIO	5	5	SIM
OUTROS EQUIPAMENTOS			
Aparelho de Eletroestimulação	1	1	SIM
Bomba de Infusão de Hemoderivados	4	4	SIM
Equipamento de Circulação Extracorpórea	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
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
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
SERVICO DE MEDICINA NUCLEAR	HOSPITAL SANTA RITA	28137925000106	VITORIA

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		
BUCO MAXILO FACIAL	1	1
CARDIOLOGIA	8	8
CIRURGIA GERAL	6	5
GINECOLOGIA	3	1
NEFROLOGIAUROLOGIA	2	1
NEUROCIRURGIA	6	3
ONCOLOGIA	9	9
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	19	19
PLASTICA	1	1

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	6	6
CLINICA GERAL	8	7
NEFROUROLOGIA	2	2
NEUROLOGIA	5	3
ONCOLOGIA	7	6
OBSTETRICO		
OBSTETRICA CIRURGICA	16	15
OBSTETRICA CLINICA	17	16
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	1	1
PEDIATRIA CLINICA	1	1

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 n� 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

Homologações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: --

Motivo desativação: --

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

HEBER DE SOUZA LAUAR
SUBSECRETARIO ESTADO
SSEC - SESA - GOVES
assinado em 19/03/2025 10:07:30 -03:00

DALZISO ANTONIO ARMANI
CIDADÃO
assinado em 19/03/2025 08:32:30 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 19/03/2025 10:07:30 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por ADILSON PAZITO SERRA (CONTADOR - DT - NECORC - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2025-V2WL9G>

ANEXO I

PLANO DE TRABALHO

1 - DADOS CADASTRAIS				
Órgão/Entidade Proponente FUNDAÇÃO BENEFICENTE RIO DOCE			CNPJ 27.836.329/0001-43	
Endereço AVENIDA JOÃO FELIPE CALMON, 1245 – CENTRO				
Cidade LINHARES	UF ESPÍRITO SANTO	CEP 29.900-027	DDD/FONE (27) 2103-1728	E.A: FILANTRÓPICA
Conta Corrente 3.523.800-5	Banco BANESTES	Agência 674-EMPRESARIAL NORTE		Praça de Pagamento LINHARES - ES
Nome do Responsável DALZISO ANTONIO ARMANI			CPF 395.024.907-97	
C.I. / Órgão Expedidor 361.051- SSP-ES		Cargo	Telefone (27) 2103-1728	
Cargo PROVEDOR	Endereço Eletrônico contratualizacao@hospitalriodoce.com.br administracao@hospitalriodoce.com.br		Mandato	
			Início	01/01/25
2. DESCRIÇÃO DO PROJETO				
Título do Projeto Incremento Temporário do teto de Média e Alta Complexidade – MAC, para melhoria, modernização e inovação de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde pelos Hospitais contratualizados tendo como prioridades as intervenções qualitativas.			Período de Execução	
			Início	Mar/2025
Identificação do Objeto Incremento Temporário para manutenção das metas qualitativas conforme Resolução CIB nº.: 061/2023, em seu artigo 2º - Inciso II – Metas Qualitativas, onde o recurso será aplicado para melhoria, modernização e inovação de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde pelos Hospitais contratualizados tendo como prioridades as intervenções qualitativas: a) Implementar processos regulatórios por meio da Implantação da Autorização de Internação Hospitalar Eletrônica (AIH Eletrônica); d) Implementar tecnologias que possibilitem a interoperabilidade dos sistemas de gestão da clínica das unidades com as aplicações de monitoramento e avaliação da SESA; h) Implementar programas de avaliação e Certificação para melhoria da qualidade dos serviços de saúde.				

3. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIRO						
Natureza da Despesa		Concedente (R\$)	Proponte(R\$)	Total(R\$)		
Código	Especificação					
10.302.5018.2E90	Incremento Temporário do teto de Média e Alta Complexidade – MAC, para melhoria, modernização e inovação de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde pelos Hospitais contratualizados tendo como prioridades as intervenções qualitativas.	200.000,00	-	200.000,00		
Total Geral				R\$ 200.000,00		
4. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO						
Metas Físico-Financeiras						
Meta	Etapa/ Fase	Especificação pagamento de serviços prestados	Indicador Físico		Duração	
			Unid.	Quantidade	Início	Término
01		Incremento Temporário do teto de Média e Alta Complexidade – MAC, para melhoria, modernização e inovação de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde pelos Hospitais contratualizados tendo como prioridades as intervenções qualitativas.	R\$	Parcela única	Mar/2025	Fev/2026
5. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - CONCEDENTE						
5.1 - Concedente						
Meta	Ações				(Parcela única)	
1	<p>Incremento Temporário para manutenção das metas qualitativas conforme Resolução CIB nº.: 061/2023, em seu artigo 2º - Inciso II – Metas Qualitativas, onde o recurso será aplicado para melhoria, modernização e inovação de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde pelos Hospitais contratualizados tendo como prioridades as intervenções qualitativas:</p> <p>b) Implementar processos regulatórios por meio da Implantação da Autorização de Internação Hospitalar Eletrônica (AIH Eletrônica);</p> <p>e) Implementar tecnologias que possibilitem a interoperabilidade dos sistemas de gestão da clínica das unidades com as aplicações de monitoramento e avaliação da SESA;</p> <p>i) Implementar programas de avaliação e Certificação para melhoria da qualidade dos serviços de saúde.</p>				R\$ 200.000,00	

5.2 – Proponente						
Meta	Mar/25	Abr/25	Mai/25	Jun/25	Jul/25	Ago/25
1	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada
Meta	Set/25	Out/25	Nov/25	Dez/25	Jan/2026	Fev/2026
1	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada

6. DECLARAÇÃO	
<p>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 inexistente 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.</p> <p style="text-align: center;">Pede deferimento,</p> <p style="text-align: center;">Vitória – ES, 10 de Março de 2025</p>	
7. APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE	
Aprovado (Local e Data)	Concedente (Carimbo/Assinatura)
Em Vitória/ES , 10 de Março de 2025	_____.
	Secretaria de Estado da Saúde

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

HEBER DE SOUZA LAUAR
SUBSECRETARIO ESTADO
SSEC - SESA - GOVES
assinado em 13/03/2025 17:07:12 -03:00

DALZISO ANTONIO ARMANI
CIDADÃO
assinado em 13/03/2025 16:53:27 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 13/03/2025 17:07:12 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por ADILSON PAZITO SERRA (CONTADOR - DT - NECORC - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2025-LFJM02>

ANEXO I

PLANO DE TRABALHO

1 - DADOS CADASTRAIS				
Órgão/Entidade Proponente FUNDAÇÃO BENEFICENTE RIO DOCE			CNPJ 27.836.329/0001-43	
Endereço AVENIDA JOÃO FELIPE CALMON, 1245 – CENTRO				
Cidade LINHARES	UF ESPÍRITO SANTO	CEP 29.900-027	DDD/FONE (27) 2103-1728	E.A: FILANTRÓPICA
Conta Corrente 3.523.800-5	Banco BANESTES	Agência 674-EMPRESARIAL NORTE		Praça de Pagamento LINHARES - ES
Nome do Responsável DALZISO ANTONIO ARMANI			CPF 395.024.907-97	
C.I. / Órgão Expedidor 361.051- SSP-ES		Cargo	Telefone (27) 2103-1728	
Cargo PROVEDOR	Endereço Eletrônico contratualizacao@hospitalriodoce.com.br administracao@hospitalriodoce.com.br	Mandato		
		Início	01/01/25	Término
2. DESCRIÇÃO DO PROJETO				
Incremento Temporário do teto de Média e Alta Complexidade – MAC, para melhoria, modernização e inovação de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde pelos Hospitais contratualizados tendo como prioridades as intervenções qualitativas.			Período de Execução	
			Início	Mar/2025
Identificação do Objeto				
Incremento Temporário para manutenção das metas qualitativas conforme Resolução CIB nº.: 061/2023, em seu artigo 2º - Inciso II – Metas Qualitativas, onde o recurso será aplicado para melhoria, modernização e inovação de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde pelos Hospitais contratualizados tendo como prioridades as intervenções qualitativas:				
c) Implementar Medição de desempenho assistencial por meio de tecnologia de grupo de diagnósticos relacionados (Diagnosis Related Grups – DRG);				
d) Implementar tecnologias que possibilitem a interoperabilidade dos sistemas de gestão da clínica das unidades com as aplicações de monitoramento e avaliação da SESA;				
f) Implementar sistemas de custos compatíveis com o modelo de monitoramento e avaliação estabelecido pela SESA;				
h) Implementar programas de avaliação e Certificação para melhoria da qualidade dos serviços de saúde.				

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 do teto de Média e Alta Complexidade – MAC, para melhoria, modernização e inovação de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde pelos Hospitais contratualizados tendo como prioridades as intervenções qualitativas.	400.000,00	-	400.000,00
Total Geral				R\$ 400.000,00

4. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO**Metas Físico-Financeiras**

Meta	Etapa/ Fase	Especificação pagamento de serviços prestados	Indicador Físico		Duração	
			Unid.	Quantidade	Início	Término
01		Incremento Temporário do teto de Média e Alta Complexidade – MAC, para melhoria, modernização e inovação de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde pelos Hospitais contratualizados tendo como prioridades as intervenções qualitativas.	R\$	Parcela única	Mar/2025	Fev/2026

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

Meta	Ações	(Parcela única)
1	<p>Incremento Temporário para manutenção das metas qualitativas conforme Resolução CIB nº.: 061/2023, em seu artigo 2º - Inciso II – Metas Qualitativas, onde o recurso será aplicado para melhoria, modernização e inovação de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde pelos Hospitais contratualizados tendo como prioridades as intervenções qualitativas:</p> <p>c) Implementar Medição de desempenho assistencial por meio de tecnologia de grupo de diagnósticos relacionados (Diagnosis Related Grups – DRG);</p> <p>d) Implementar tecnologias que possibilitem a interoperabilidade dos sistemas de gestão da clínica das unidades com as aplicações de monitoramento e avaliação da SESA;</p> <p>f) Implementar sistemas de custos compatíveis com o modelo de monitoramento e avaliação estabelecido pela SESA;</p> <p>h) Implementar programas de avaliação e Certificação para melhoria da qualidade dos serviços de saúde.</p>	R\$ 400.000,00

5.2 – Proponente						
Meta	Mar/25	Abr/25	Mai/25	Jun/25	Jul/25	Ago/25
1	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada
Meta	Set/25	Out/25	Nov/25	Dez/25	Jan/2026	Fev/2026
1	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada

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 inexistente 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, 10 de Março de 2025

7. APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

Aprovado (Local e Data)

Concedente (Carimbo/Assinatura)

Em **Vitória/ES**, 10 de Março de 2025

Secretaria de Estado da Saúde

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

HEBER DE SOUZA LAUAR
SUBSECRETARIO ESTADO
SSEC - SESA - GOVES
assinado em 13/03/2025 17:07:34 -03:00

DALZISO ANTONIO ARMANI
CIDADÃO
assinado em 13/03/2025 16:53:53 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 13/03/2025 17:07:35 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por ADILSON PAZITO SERRA (CONTADOR - DT - NECORC - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2025-57J1P8>

ANEXO I

PLANO DE TRABALHO

1 - DADOS CADASTRAIS				
Órgão/Entidade Proponente FUNDAÇÃO BENEFICENTE RIO DOCE				CNPJ 27.836.329/0001-43
Endereço AVENIDA JOÃO FELIPE CALMON, 1245 – CENTRO				
Cidade LINHARES	UF ESPÍRITO SANTO	CEP 29.900-027	DDD/FONE (27) 2103-1728	E.A: FILANTRÓPICA
Conta Corrente 3.523.800-5	Banco BANESTES	Agência 674-EMPRESARIAL NORTE		Praça de Pagamento LINHARES - ES
Nome do Responsável DALZISO ANTONIO ARMANI			CPF 395.024.907-97	
C.I. / Órgão Expedidor 361.051- SSP-ES		Cargo		Telefone (27) 2103-1728
Cargo PROVEDOR	Endereço Eletrônico contratualizacao@hospitalriodoce.com.br administracao@hospitalriodoce.com.br		Mandato	
			Início	01/01/25
2. DESCRIÇÃO DO PROJETO				
Título do Projeto Incremento Temporário do teto de Média e Alta Complexidade – MAC, para melhoria, modernização e inovação de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde pelos Hospitais contratualizados tendo como prioridades as intervenções qualitativas.			Período de Execução	
			Início Mar/2025	Término Fev/2026
Identificação do Objeto Incremento Temporário para manutenção das metas qualitativas conforme Resolução CIB nº.: 061/2023, em seu artigo 2º - Inciso II – Metas Qualitativas, onde o recurso será aplicado para melhoria, modernização e inovação de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde pelos Hospitais contratualizados tendo como prioridades as intervenções qualitativas: h) Implementar tecnologias que possibilitem a interoperabilidade dos sistemas de gestão da clínica das unidades com as aplicações de monitoramento e avaliação da SESA; i) Implementar programas de avaliação e Certificação para melhoria da qualidade dos serviços de saúde.				
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 do teto de Média e Alta Complexidade – MAC, para melhoria, modernização e inovação de produtos, processos e serviços	4.000.000,00	-	4.000.000,00

	prestados ao Sistema Único de Saúde pelos Hospitais contratualizados tendo como prioridades as intervenções qualitativas.			
Total Geral				R\$ 4.000.000,00

4. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Metas Físico-Financeiras

Meta	Etapa/ Fase	Especificação pagamento de serviços prestados	Indicador Físico		Duração	
			Unid.	Quantidade	Início	Término
01		Incremento Temporário do teto de Média e Alta Complexidade – MAC, para melhoria, modernização e inovação de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde pelos Hospitais contratualizados tendo como prioridades as intervenções qualitativas.	R\$	Parcela única	Mar/2025	Fev/2026

5. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO - CONCEDENTE

5.1 - Concedente

Meta	Ações	(Parcela única)
1	Incremento Temporário para manutenção das metas qualitativas conforme Resolução CIB nº.: 061/2023, em seu artigo 2º - Inciso II – Metas Qualitativas, onde o recurso será aplicado para melhoria, modernização e inovação de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde pelos Hospitais contratualizados tendo como prioridades as intervenções qualitativas: d) Implementar tecnologias que possibilitem a interoperabilidade dos sistemas de gestão da clínica das unidades com as aplicações de monitoramento e avaliação da SESA; h) Implementar programas de avaliação e Certificação para melhoria da qualidade dos serviços de saúde.	R\$ 4.000.000,00

5.2 – Proponente

Meta	Mar/25	Abr/25	Mai/25	Jun/25	Jul/25	Ago/25
1	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada	Realizar todas as atividades para atingir da Meta 1 acima especificada
Meta	Set/25	Out/25	Nov/25	Dez/25	Jan/2026	Fev/2026
1	Realizar todas as atividades	Realizar todas as atividades	Realizar todas as atividades	Realizar todas as atividades	Realizar todas as atividades	Realizar todas as atividades

	para atingir da Meta 1 acima especificada	para atingir da Meta 1 acima especificada	para atingir da Meta 1 acima especificada	para atingir da Meta 1 acima especificada	para atingir da Meta 1 acima especificada	para atingir da Meta 1 acima especificada

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 inexistente 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, 10 de Março de 2025

7. APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

Aprovado (Local e Data)

Concedente (Carimbo/Assinatura)

Em **Vitória/ES**, 10 de Março de 2025

Secretaria de Estado da Saúde

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

HEBER DE SOUZA LAUAR
SUBSECRETARIO ESTADO
SSEC - SESA - GOVES
assinado em 14/03/2025 11:20:59 -03:00

DALZISO ANTONIO ARMANI
CIDADÃO
assinado em 14/03/2025 09:23:44 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 14/03/2025 11:20:59 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por ADILSON PAZITO SERRA (CONTADOR - DT - NECORC - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2025-C31LP0>