



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 010/2022

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-TQN26

3º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 010/2022, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE ESPÍRITO SANTO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - PRÓMATRE, VISANDO O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (SUS/ES).

O **ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, doravante denominado **CONCEDENTE**, órgão da Administração Direta do Poder Executivo, inscrita no CNPJ: **27.080.605/0001-96**, com sede na rua Engenheiro Guilherme José Monjardim Varejão, nº 255, Ed. Enseada Plaza, Enseada do Suá, Vitória - ES, CEP: 29050-360, no uso de suas atribuições de gestora do **FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FES**, inscrita no CNPJ: 06.893.466/0001-40, representada neste ato pelo Subsecretário de Estado de Contratação em Saúde, **ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**, Brasileiro, Divorciado, Servidor Público Estadual, CPF: 926.326.297-72, nomeado pelo Decreto nº 364-S, de 10/02/2023 e, do outro lado a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - PRÓMATRE**, caracterizada como hospital filantrópico, inscrito no CNPJ sob o nº 28.141.190/0009-33, localizado à Avenida Vitória, nº 1.114, Forte São João – Vitória/ES, doravante denominado(a) **CONVENIENTE**, neste ato representada por sua Representante Legal a Sr. **MARIA DA PENHA RODRIGUES D' AVILA**, inscrito no CPF: 557.761.677-87, resolvem celebrar o 3º Termo Aditivo ao Convênio de Contratação para execução de ações e serviços de saúde, tendo em vista o disposto na Constituição da República Federativa de 1988, na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, o art. 116 da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, Portaria MS/GM nº 3.410, de 30/12/2013 e Portarias de Consolidação nº 1, nº 2, nº 3 e nº 5, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria Estadual 076-R, de 19 de maio de 2022, que tratam das normas sobre as políticas nacionais e estadual de saúde do Sistema Único de Saúde, nas correspondentes Lei de Diretrizes Orçamentárias Nº 11.677, 27/07/22; Lei Orçamentária Anual- LOA Nº 11.767, 28/12/22 e demais normas e legislação específica mediante as Cláusulas e condições que se seguem:

Rua Engenheiro Guilherme José Monjardim Varejão, nº255, Ed. Enseada Plaza, Enseada do Suá, Vitória – ES CEP: 29.050-360 - (27) 3347-5689 – (27) 3347-5684

www.saude.es.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 - O presente Termo Aditivo ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO que tem por objeto (a) Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº 443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11/05/2023, e (b) acréscimo financeiro de **R\$ 341.394,96** (trezentos e quarenta e um mil, trezentos e noventa e quatro reais e noventa e seis centavos), referente Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº 443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11/05/2023, conforme Documento Descritivo – DODE.

1.2 - Os serviços conveniados encontram-se discriminados no DODE, previamente definido entre as partes, na Ficha de Programação Orçamentária e na Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, que integram este Convênio de Contratação, 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 Contratação** passa a ser de **R\$ 20.880.390,99** (vinte milhões, quinhentos e trinta e oito mil, novecentos e noventa e seis reais e três centavos).

6.1.1 – O valor do Convênio inicial foi de **R\$ 21.878.008,32** (vinte e um milhões, oitocentos e setenta e oito mil, oito reais e trinta e dois centavos).

6.1.2 - O Recurso Financeiro do 1º **Termo Aditivo** teve uma **redução no valor de R\$1.529.150,40** (um milhão, quinhentos e vinte e nove mil, cento e cinquenta reais e quarenta centavos).

6.1.3 - O Recurso Financeiro aplicado ao 2º **Termo Aditivo** foi de **R\$190.138,11** (cento e noventa mil, cento e trinta e oito reais e onze centavos).

6.1.4 - O Recurso Financeiro aplicado ao 3º **Termo Aditivo** será de **R\$ 341.394,96** (cento e noventa mil, cento e trinta e oito reais e onze centavos).

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

6.2.1 - Para a execução do Convênio de Contratação, a **CONVENIENTE** receberá recursos financeiros de **R\$ 5.046.321,84** (cinco milhões, quarenta e seis mil, trezentos e vinte e um reais e oitenta e quatro centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.

6.2.2- A parcela pré-fixada importa em **R\$ 4.996.821,84** (quatro milhões, novecentos e noventa e seis mil, oitocentos e vinte reais e oitenta e quatro centavos), e será transferida à **CONVENIENTE** em parcela mensal no mês de **maio/2023** no valor de **R\$ 1.893.203,92**



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

(hum milhão, oitocentos e noventa e três mil, duzentos e três reais e noventa e dois centavos) com Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11/05/2023 em **parcela única no valor de R\$ 341.394,96** (trezentos e quarenta e um mil, trezentos e noventa e quatro reais e noventa e seis centavos), e em parcelas mensais no valor de **R\$ 1.551.808,96** (hum milhão, quinhentos e cinquenta e um mil, oitocentos e oito reais e noventa e seis centavos) **no período de junho a julho/2023**, conforme o quadro de detalhamento, e oneram recursos de transferência da União ao Fundo Estadual de Saúde e recursos próprios da CONCEDENTE.

6.2.3- - Oitenta por cento (80%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 4.065.736,46** (quatro milhões, sessenta e cinco mil, setecentos e trinta e seis reais e quarenta e seis centavos), em parcela mensal no mês de **maio/2023** no valor de **R\$ 1.582.842,13** (hum milhão, quinhentos e oitenta e dois mil, oitocentos e quarenta e dois reais e treze centavos) com Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11/05/2023 em parcela única no valor de **R\$ 341.394,96** (trezentos e quarenta e um mil, trezentos e noventa e quatro reais e noventa e seis centavos), e em parcelas mensais no valor de **R\$ 1.241.447,17** (hum milhão, duzentos e quarenta e um mil, quatrocentos e quarenta e sete reais e dezessete centavos) **no período de junho a julho/2023**, é fixo e repassado mensalmente.

6.2.4- Vinte por cento (20%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 931.085,38** (novecentos e trinta e um mil, oitenta e cinco reais e trinta e oito centavos), em parcelas mensais de **R\$ 310.361,79** (trezentos e dez mil, trezentos e sessenta e um reais e setenta e nove centavos), é variável e vinculado ao cumprimento das metas de desempenho discriminadas no Documento Descritivo – DODE, com monitoramento e avaliação quadrimestral.

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

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

6.2.7- O componente pós-fixado, que corresponde aos Procedimentos Ambulatoriais de Exames, Terapias, Procedimentos de média complexidade 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 de contratualização para esses serviços e, conforme programação disposta no Documento Descritivo, estimando-se um valor de **R\$ 49.500,00** (quarenta e nove centavos mil e quinhentos reais), em parcelas mensais estimadas de **R\$ 16.500,00** (dezesseis mil e quinhentos reais).



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

6.2.8- A FPO – Ficha de Programação Orçamentária – para procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade será elaborada mensalmente, conforme produção efetiva realizada, com nível de apuração por Grupo de Procedimentos, exceto para os procedimentos de FAEC e os demais procedimentos que o SIGTAP permite apenas o nível de apuração pelo Procedimento.

6.2.9- O faturamento hospitalar não vincula obrigações de pagamento federal ou estadual, com exceção do faturamento FAEC, não sendo reconhecido pelas partes, obrigações de faturamento de extra teto.

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

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

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

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

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL			
PRÉ-FIXADO 80%	Mensal - Maio (R\$)	Junho- Julho (2 Meses) (R\$)	Total (R\$)
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 1.005.807,10	R\$ 2.011.614,21	R\$ 3.017.421,31
Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal	R\$ 148.545,90	R\$ 297.091,81	R\$ 445.637,71
Incentivo Federal - Integrarus - Recurso Federal	R\$ 7.181,94	R\$ 14.363,87	R\$ 21.545,81
Incentivo Federal - Qualificação Rede Cegonha - Recurso Federal	R\$ 79.912,22	R\$ 159.824,45	R\$ 239.736,67
Portaria MS nº443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11/05/2023- Parcela única - Recurso Federal	R\$ 341.394,96	R\$ -	R\$ 341.394,96
SUBTOTAL - Recurso Estadual	R\$ 1.005.807,10	R\$ 2.011.614,21	R\$ 3.017.421,31
SUBTOTAL - Recurso Federal	R\$ 577.035,02	R\$ 471.280,13	R\$ 1.048.315,15



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 1.582.842,13	R\$ 2.482.894,34	R\$ 4.065.736,46
PRÉ-FIXADO 20%	Mensal - Maio (R\$)	Junho- Julho (2 Meses) (R\$)	Total (R\$)
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 251.451,78	R\$ 502.903,55	R\$ 754.355,33
Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal	R\$ 37.136,48	R\$ 74.272,95	R\$ 111.409,43
Incentivo Federal - Integrarus - Recurso Federal	R\$ 1.795,48	R\$ 3.590,97	R\$ 5.386,45
Incentivo Federal - Qualificação Rede Cegonha - Recurso Federal	R\$ 19.978,06	R\$ 39.956,11	R\$ 59.934,17
SUBTOTAL - Recurso Estadual	R\$ 251.451,78	R\$ 502.903,55	R\$ 754.355,33
SUBTOTAL - Recurso Federal	R\$ 58.910,02	R\$ 117.820,03	R\$ 176.730,05
TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 310.361,79	R\$ 620.723,58	R\$ 931.085,38
TOTAL PRÉ-FIXADO ESTADUAL -	R\$ 1.257.258,88	R\$ 2.514.517,76	R\$ 3.771.776,64
TOTAL PRÉ-FIXADO FEDERAL -	R\$ 635.945,04	R\$ 589.100,16	R\$ 1.225.045,20
TOTAL PRÉ-FIXADO ESTADUAL + FEDERAL -	R\$ 1.893.203,92	R\$ 3.103.617,92	R\$ 4.996.821,84

COMPONENTE PÓS-FIXADO	Mensal - Maio (R\$)	Junho- Julho (2 Meses) (R\$)	Total (R\$)
Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média complexidade - Recurso Estadual	R\$ 16.500,00	R\$ 33.000,00	R\$ 49.500,00
TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL	R\$ 16.500,00	R\$ 33.000,00	R\$ 49.500,00
TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 16.500,00	R\$ 33.000,00	R\$ 49.500,00
TOTAL DO CONVÊNIO	R\$ 1.909.703,92	R\$ 3.136.617,92	R\$ 5.046.321,84

CLÁUSULA TERCEIRA - INCLUSÃO NA CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES COMUNS

5.1.1 - DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

I. Proteção de dados, coleta e tratamento. Sempre que tiverem acesso ou realizarem qualquer tipo de tratamento de dados pessoais, as partes, seja o Município conveniente ou o terceiro contratado para a execução do objeto convênio, comprometem-se a envidar todos os esforços para resguardar e proteger a intimidade, vida privada, honra e imagem dos respectivos titulares, observando as normas e políticas internas relacionadas a coleta, guarda, tratamento, transmissão e eliminação de dados pessoais, especialmente as



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

previstas na Lei Federal nº 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais”), no Decreto Estadual nº 4922-R, de 09 de julho de 2021, e demais normas legais e regulamentares aplicáveis, nos termos das cláusulas adiante estabelecidas.

a) Caso o objeto envolva o tratamento de dados pessoais com fundamento no consentimento do titular, o CONVENENTE deverá observar, ao longo de toda a vigência do Convênio, todas as obrigações legais e regulamentares específicas vinculadas a essa hipótese legal de tratamento.

b) Ao receber o requerimento de um titular de dados, na forma prevista nos artigos 16 e 18 da Lei Federal nº 13.709/2018, o CONVENENTE deverá:

- Notificar imediatamente o CONCEDENTE;
- Auxiliá-la, quando for o caso, na elaboração da resposta ao requerimento; e
- Eliminar todos os dados pessoais tratados com base no consentimento em até 30 (trinta) dias corridos, contados a partir do requerimento do titular.

II. Necessidade. As partes armazenarão dados pessoais apenas pelo período necessário ao cumprimento da finalidade para a qual foram originalmente coletados e em conformidade com as hipóteses legais que autorizam o tratamento.

a) As partes devem assegurar que o acesso a dados pessoais seja limitado aos empregados, prepostos ou colaboradores e eventuais subcontratados que necessitem acessar os dados pertinentes, na medida em que sejam estritamente necessários para o cumprimento deste Convênio e da legislação aplicável, assegurando que todos esses indivíduos estejam sujeitos a obrigações de sigilo e confidencialidade.

b) O CONVENENTE deve, enquanto operadora de dados pessoais, implementar medidas técnicas e organizacionais apropriadas para o cumprimento das obrigações do CONCEDENTE previstas na Lei Federal nº 13.709/2018.

III. Proteção de dados e incidentes de segurança. Considerando as características específicas do tratamento de dados pessoais e o estado atual da tecnologia, a CONVENENTE deverá adotar medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados e informações de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

a) A CONVENENTE deverá notificar a CONCEDENTE imediatamente sobre a ocorrência de incidentes de segurança relacionados a dados pessoais, fornecendo informações suficientes para que a CONCEDENTE cumpra quaisquer deveres de comunicação, dirigidos à Autoridade Nacional de Proteção de Dados e/ou aos titulares dos dados, acerca do incidente de segurança.



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

b) As partes deverão adotar as medidas cabíveis para auxiliar na investigação e na mitigação das consequências de cada incidente de segurança.

IV. Transferência internacional. É vedada a transferência de dados pessoais pela CONVENIENTE para fora do território do Brasil sem o prévio consentimento, por escrito, da CONCEDENTE, e demonstração da observância da adequada proteção desses dados, cabendo ao CONVENIENTE a responsabilidade pelo cumprimento da legislação de proteção de dados ou de privacidade de outro(s) país(es) que for aplicável.

V. Responsabilidade. O CONVENIENTE responderá por quaisquer danos, perdas ou prejuízos causados o CONCEDENTE ou a terceiros decorrentes do descumprimento da Lei Federal nº 13.709/2018, no Decreto Estadual nº 4922-R, de 09 de julho de 2021 e outras normas legais ou regulamentares relacionadas a este Convênio, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade a fiscalização do CONCEDENTE em seu acompanhamento.

a) Eventual subcontratação, mesmo quando autorizada pelo CONCEDENTE, não exime o CONVENIENTE das obrigações decorrentes deste Convênio, permanecendo integralmente responsável perante o CONCEDENTE mesmo na hipótese de descumprimento dessas obrigações por subcontratada.

b) O CONVENIENTE deve colocar à disposição da CONCEDENTE, quando solicitado, toda informação necessária para demonstrar o cumprimento do disposto nestas cláusulas, permitindo a realização de auditorias e inspeções, diretamente pela CONCEDENTE ou por terceiros por ela indicados, com relação ao tratamento de dados pessoais.

c) O CONVENIENTE deve auxiliar o CONCEDENTE na elaboração de relatórios de impacto à proteção de dados pessoais, observado o disposto no artigo 38 da Lei Federal nº 13.709/2018, relativo ao objeto deste Convênio.

d) Se o CONCEDENTE constatar que dados pessoais foram utilizados pelo CONVENIENTE para fins ilegais, ilícitos, contrários à moralidade ou mesmo para fins diversos daqueles necessários ao cumprimento deste Convênio, o CONVENIENTE será notificado para promover a cessação imediata desse uso, sem prejuízo da rescisão do Convênio e de sua responsabilização pela integralidade dos danos causados.

VI. Eliminação. Extinto o Convênio, independentemente do motivo, o CONVENIENTE deverá em, até 10 (dez) dias úteis, contados da data de seu encerramento, devolver todos os dados pessoais o CONCEDENTE ou eliminá-los, inclusive eventuais cópias, certificando o CONCEDENTE, por escrito, do cumprimento desta obrigação.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

CLÁUSULA QUARTA- DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

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

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

Vitória/ES, 30 de maio de 2023.

CONCEDENTE:

ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA

SUBSECRETÁRIO DE ESTADO DE CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE

CONVENENTE:

MARIA DA PENHA RODRIGUES D'ÁVILA

PROVEDORA DA IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA-PROMATRE

TESTEMUNHAS:

1ª) _____

CPF:

2ª) _____

CPF:



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **3º Termo Aditivo ao Convênio de contratualização nº 010/2022** 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 **3º Termo Aditivo ao Convênio de Contratualização nº 010/2022** correrá à conta do orçamento do Fundo Estadual de Saúde da CONCEDENTE conforme especificado abaixo:

-Programa de Trabalho 10.302.0047.2325 - Contratualização de Serviços de Saúde Complementar

-UG: 440.901

-Gestão: 44901

-Natureza de Despesa: 3.3.50.39.00

-Fonte de Recursos: 1500100200 e/ou 1600000000 e/ou 2659000009

Vitória, 30 de Maio de 2023.

ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS GUNHA
Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO I

DOCUMENTO DESCRITIVO

3º TERMO ADITIVO

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - PRÓMATRE

CONVÊNIO Nº 010/2022

PROCESSO E-DOCS: 2022-TQN26

PERÍODO DE EXECUÇÃO – 05/2023 A 31/07/2023

ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

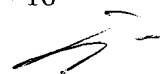
Maria da Penha Rodrigues D'Ávila
PROVEDORA

Rosani de Moraes Caiado
DIRETOR TÉCNICO



SUMÁRIO

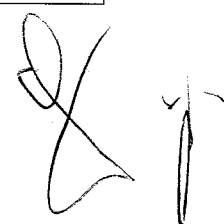
I – IDENTIFICAÇÃO.....	04
II – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL.....	05
III – CNES	05
IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS	06
V – PERFIL ASSISTENCIAL.....	06
VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS	07
VII – ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS	08
VIII – METAS ASSISTENCIAIS	08
IX – DETALHAMENTO DAS METAS DISPONIBILIZADAS PARA O COMPLEXO REGULADOR	09
X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO.....	09
XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS.....	14
APROVAÇÃO	15
ANEXOS	16



I - IDENTIFICAÇÃO

Conveniente			CNPJ	
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - PRÓMATRE			28.141.190/0009-33	
Endereço		Município	UF	CEP
Av. Vitória, 1.114 – Forte São João		Vitória	ES	29017-020
Macrorregião	Microrregião	SRS	CNES	
Centro	Vitória	Vitória	0011843	
Telefone	Fax	E-mail		
(27) 3223-3350	3222-8583	provedoria@santacasavitoria.org		
Nome do Responsável				
Maria da Penha Rodrigues D'Ávila				
CPF	Função	Período de execução		
557.761.677-87	Provedora			
CI	Órgão expedidor	Maio/2023 a Julho/2023		
217.892	SSP/ES			
Dados Bancários				
Banco	Agência	Conta Corrente	Praça	
BANESTES S/A	103	3529885-0	Parque Moscoso	

Missão
Atender todas as gestantes e seus recém-nascidos com qualidade, humanização e responsabilidade social.
Visão
Ser reconhecida como a maior e melhor Maternidade do Espírito Santo, destacando-se pelo acolhimento e uso de modernas tecnologias e alta resolutividade.
Valores
Servir as gestantes e familiares com Equidade, Eficiência, Qualidade e Humanização.
Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:
A Santa Casa de Misericórdia de Vitória – PRÓMATRE é uma entidade filantrópica, fundada em 28 de julho de 1938, portanto, há 80 anos vem prestando relevantes serviços na área da Maternidade e Recém-Nascidos da população capixaba. A Maternidade está com uma adequada estrutura física, para atendimento aos beneficiários do SUS – Sistema Único de Saúde, para partos de baixo e médio risco. Realiza ainda, internações de neonatos de alto e médio risco. As gestantes de alto risco são referenciadas para a HUCAM.
Área de Abrangência
Referência de Maternidade para as Unidades de Saúde vinculadas dos municípios de Vitória e Serra – ES. Porta aberta para os demais municípios da Região Metropolitana.

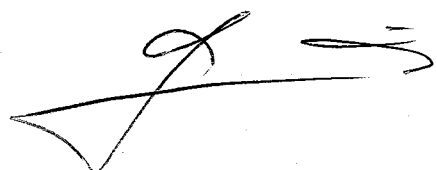


II - CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

Tipo de Estabelecimento	<input type="checkbox"/> Geral <input checked="" type="checkbox"/> Especializado		
Natureza	<input type="checkbox"/> Público <input checked="" type="checkbox"/> Filantrópico <input type="checkbox"/> Privado		
Número de Leitos - CNES	Geral: 64 SUS: 50		
Número de Leitos Complementar (UTI) - CNES	Geral: 10 SUS: 09		
Tipo de Leitos de UTI SUS	<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Pediátrico <input checked="" type="checkbox"/> Neonatal <input type="checkbox"/> UCO <input type="checkbox"/> Isolamento		
Serviço de Urgência e Emergência	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Porta Aberta – <input type="checkbox"/> Referenciado		
Serviço de Maternidade	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, habilitado-GAR <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Habilitação em Alta Complexidade	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Quais:		
Inserção nas Redes de Atenção a Saúde	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quais. Rede Estadual Materno Infantil. Rede Cegonha.		
Classificação do Porte Hospitalar	<input type="checkbox"/> Estruturante <input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" 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 nº076-R, de 19 de maio de 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 e da Grade de Referência Hospitalar e Pré-Hospitalar;
- 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;
 - . implantação de mecanismos eficazes de referência e contra referência, mediante protocolos de encaminhamento.

V – PERFIL ASSISTENCIAL E GRADE DE REFERÊNCIA

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.

Os municípios de referência de cada hospital/especialidade serão validados através da publicação da Grade de Referência publicada no site da Secretaria de Estado da Saúde.



LINHA DE CUIDADOS	TIPO DE ATENDIMENTO	ACESSO	FAIXA ETÁRIA	RECURSOS DE URGÊNCIA	RECURSOS GERAIS
MATerno-INFANTIL - RISCO HABITUAL	RISCO HABITUAL COMPLICAÇÕES PUERPERAIS	PRONTO SOCORRO REGULAÇÃO DE LEITOS	ADULTO	SIM	SIM

OBSERVAÇÕES:

- **COMPLICAÇÕES PUERPERAIS:** Necessidade de intervenções obstétricas até 42 dias pós parto: febre; sangramento aumentado/hemorragia; sinais flogísticos em ferida operatória; infecção puerperal; necessidade de antimicrobiano, de hemotransfusão e de reinternação no pós-parto; complicações uterinas (atonia, hipotonia e necessidade de histerectomia); e complicações placentárias (retenção, necessidade de curagem ou curetagem após o parto); complicações mamárias com necessidade cirúrgica relacionada à lactação, dentre outras.
- Considera-se na faixa etária ADULTO para a linha de cuidado materno-infantil a inclusão da população em idade fértil (infanto-puberal).

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:
 - habilitação, qualificação e disponibilidade de leitos;
 - qualificação e disponibilidade de leitos de sala vermelha – Pronto Socorro;
 - consultas ambulatoriais especializadas para referência ambulatorial e/ou linha de cuidado – Auto Regulação Formativa Territorial – ARFT;
 - incentivos federais nos termos das respectivas normas e efetivação de repasses federais.

A quantidade e proporção de leitos habilitados, qualificados e contratualizados foram 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.

Os hospitais estruturantes deverão disponibilizar 10 (dez) leitos de sala vermelha no Pronto Socorro ou, se adequar no prazo de 06 (seis) meses; sendo que, até a sua adequação deverá receber o valor proporcional à quantidade de leitos disponibilizados no ato da celebração do convênio de contratualização e termos aditivos.



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, vinculada a:

- exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, referentes à linha de cuidado definido na grade de referência de cada unidade hospitalar;
- procedimentos de Quimioterapia, Radioterapia, Cateterismo e Cirurgias de Catarata – APAC's;
- procedimentos ambulatoriais e hospitalares financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações – FAEC;
- Órtese, Próteses e Materiais especiais – OPME – de alta complexidade.

VII- ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

As atividades e serviços pactuados encontram descritos nas planilhas do **ANEXO A**.

VIII – METAS ASSISTENCIAIS

A Política Estadual de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS têm por objetivo buscar a qualificação da assistência no processo de gestão hospitalar em razão das necessidades e da inserção do hospital na rede hierarquizada e regionalizada do SUS, garantindo a atenção integral à saúde dos munícipes que integram região de saúde, na qual o Hospital está inserido.

8.1 – Internação (Âmbito Hospitalar)

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

TIPO DE LEITOS	Nº LEITOS MENSAL
Clínica Médica – Enfermaria Adulto	01
Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto	01
Clínica Pediátrica – Enfermaria Pediátrica	01
Clínica Obstétrica – Risco Habitual	47
UTIN	09
TOTAL	59



IX – DETALHAMENTO DAS METAS DISPONIBILIZADAS PARA O COMPLEXO REGULADOR

9.1 – CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS

Distribuição da quantidade de horas/mês da atenção especializada ambulatorial necessárias para atendimento do profissional solicitante de acordo com a grade de solicitantes vinculados ao território de abrangência.

Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	AMBULATORIAL/MÊS		
			Quant./ Mês	Valor Unitário	Valor Mês
03 - Procedimentos Clínicos	01 - Consultas/ Atendimentos/ Acompanhamentos	06 - Consultas/ Atendimento às Urgências (em geral)	1.500	R\$ 11,00	R\$ 16.500,00
TOTAL			1.500	-	R\$ 16.500,00

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 CONVENTENTE 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. Continuidade dos cuidados
8. Qualidade Assistencial – Materno Infantil
9. Avaliação e Auditoria



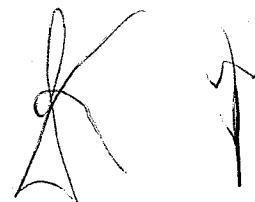
10.1 - Critérios para Avaliação das Metas

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, conforme o cronograma abaixo:

Competências monitoradas	Mês de Monitoramento	Mês do encontro de contas do quadrimestre anterior, de acordo com a avaliação
1º Quadrimestre	Dezembro/2022	Dezembro/2022 a Março/2023
2º Quadrimestre	Abril/2023	Abril/2023 a Julho/2023
3º Quadrimestre	Agosto/2023	Agosto/2023 a Novembro/2023

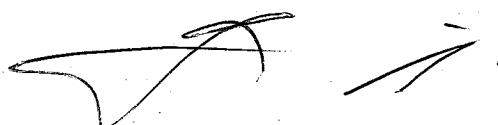
O desempenho alcançado pela conveniente, em cada uma das apurações quadrimestrais, impactará no repasse financeiro dos 20% do valor global pré-fixado, de acordo com o estabelecido no quadro abaixo:

PONTUAÇÃO SCORE (PS)	Percentual de Desconto da Parcela dos 20% 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

DESCRIÇÃO	META	SCORE MÁXIMO
1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS		10,0
1.1. Atender a Legislação Brasileira	100% dos Alvarás e Licenças atualizadas, em até 12 meses após assinatura do Convênio	5,0
1.2. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)	Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada, conforme abaixo: 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	5,0
2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS		10,0
2.1. Qualificação do Corpo Clínico	50% do Corpo Clínico atende ao requisito de possuir titulação de especialista em uma das especialidades médicas reconhecidas pelo CFM; 70% em até 18 meses; 80% em até 36 meses após a celebração do convênio de contratualização	5,0
2.2. Qualificação do Corpo de Enfermagem e equipe multiprofissional de apoio	Apresentar Plano de Educação Continuada ativo com meta de 2 horas de treinamento/ funcionário mês – Imediato	5,0
3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL		20,0
3.1. Eventos adversos infecciosos graves	Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA	10,0
3.2. Eventos adversos não infecciosos graves		5,0
3.3. Reinternações Hospitalares		5,0
4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO		10,0
4.1. Experiência do Usuário	Parâmetro de Transição: Indicador 50 NPS no 4º mês do primeiro quadrimestre	10,0
Pesquisa avaliada pela metodologia do NPS (Net Promoter Score)	Carência dos primeiros 3 (três) meses para implantação, monitoramento e avaliação	
	Indicador padronizado a partir do	5 Pts Atingir o NPS 50



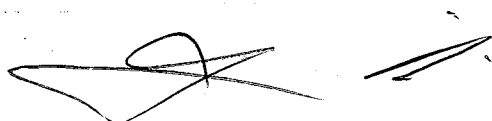
	segundo quadrimestre	10 Pts Atingir o NPS 65
5. ACESSO AO SISTEMA		6,0
5.1. Acesso Hospitalar	100% dos pacientes aceitos do perfil	3,0
5.2. Tempo de Regulação	100% das solicitações respondidas em até 2 horas	3,0
6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO		15,0
6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise nos indicadores abaixo: • Internação por causas sensíveis à atenção primária; • Média de Permanência; • Taxa de Reinternação; • Condições Adquiridas.	- Alcançar, até o 18º mês de assinatura do convênio, o percentil de 75% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica no perfil brasileiro - Alcançar, até o 24º mês de assinatura do convênio, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica	15,0
7. CONTINUIDADE DOS CUIDADOS		5,0
7.1. Acompanhamento dos pacientes após alta hospitalar	Acompanhamento, nos primeiros 30 dias, os pacientes de alta, de todas as clínicas, através de <i>call center</i> ou mensagens eletrônicas com detecção de falhas de continuidade e ações para sua correção, conforme abaixo: 1º Quadrimestre: 20% das altas 2º Quadrimestre: 40% das altas 3º Quadrimestre: 80% das altas	5,0
8. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL		19,0
8.1. Proporção de gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha durante a internação para realização do parto	100% das gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha	3,0
8.2. Classificação de Risco (Manchester ou outras)	100% das gestantes avaliadas no protocolo de risco	3,0
8.3. Proporção de Gestantes que foram atendidas com as Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento	100% das gestantes com Partograma preenchido, Campleamento oportuno do cordão umbilical e contato pele a pele mãe/RN na 1ª hora	3,0
8.4. Taxa de Cesárea	Máximo de 30% de partos cesáreos	3,0
8.5. Proporção de RN com apgar de 5º minuto menor que 7	Máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto abaixo de 7	3,0

8.6. Cobertura Vacinal na Maternidade – BCG e Hepatite B	100% dos RN que receberam as vacinas de BCG e Hepatite B na maternidade	2,0
8.7. Proporção de RN que realizaram a Triagem Neonatal Obrigatória na Maternidade (Teste do Olhinho, Coraçãozinho, Pezinho)	100% dos RN que realizaram a Triagem Neonatal Obrigatória na maternidade	2,0
9. AVALIAÇÃO E AUDITORIA		5,0
9.1. Cumprir as Obrigações definidas no convênio de contratualização, avaliadas pela auditoria externa independente.	Cumprir e manter 95% das obrigações elencadas em até 06 meses após a celebração do convênio de contratualização.	0 a 5,0
TOTAL		100,0

A Ficha Técnica de cada indicador do Score consta no ANEXO B.

XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL			
PRÉ-FIXADO 80%	Mensal - Maio (R\$)	Junho- Julho (2 Meses) (R\$)	Total (R\$)
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 1.005.807,10	R\$ 2.011.614,21	R\$ 3.017.421,31
Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal	R\$ 148.545,90	R\$ 297.091,81	R\$ 445.637,71
Incentivo Federal - Integrasus - Recurso Federal	R\$ 7.181,94	R\$ 14.363,87	R\$ 21.545,81
Incentivo Federal - Qualificação Rede Cegonha - Recurso Federal	R\$ 79.912,22	R\$ 159.824,45	R\$ 239.736,67
Portaria MS nº443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11/05/2023- Parcela única - Recurso Federal	R\$ 341.394,96	R\$ -	R\$ 341.394,96
SUBTOTAL - Recurso Estadual	R\$ 1.005.807,10	R\$ 2.011.614,21	R\$ 3.017.421,31
SUBTOTAL - Recurso Federal	R\$ 577.035,02	R\$ 471.280,13	R\$ 1.048.315,15
TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 1.582.842,13	R\$ 2.482.894,34	R\$ 4.065.736,46
PRÉ-FIXADO 20%	Mensal - Maio (R\$)	Junho- Julho (2 Meses) (R\$)	Total (R\$)
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 251.451,78	R\$ 502.903,55	R\$ 754.355,33
Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal	R\$ 37.136,48	R\$ 74.272,95	R\$ 111.409,43
Incentivo Federal - Integrasus - Recurso Federal	R\$ 1.795,48	R\$ 3.590,97	R\$ 5.386,45



Incentivo Federal - Qualificação Rede Cegonha - Recurso Federal	R\$ 19.978,06	R\$ 39.956,11	R\$ 59.934,17
SUBTOTAL - Recurso Estadual	R\$ 251.451,78	R\$ 502.903,55	R\$ 754.355,33
SUBTOTAL - Recurso Federal	R\$ 58.910,02	R\$ 117.820,03	R\$ 176.730,05
TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 310.361,79	R\$ 620.723,58	R\$ 931.085,38
TOTAL PRÉ-FIXADO ESTADUAL	R\$ 1.257.258,88	R\$ 2.514.517,76	R\$ 3.771.776,64
TOTAL PRÉ-FIXADO FEDERAL	R\$ 635.945,04	R\$ 589.100,16	R\$ 1.225.045,20
TOTAL PRÉ-FIXADO ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 1.893.203,92	R\$ 3.103.617,92	R\$ 4.996.821,84

COMPONENTE PÓS-FIXADO	Mensal - Maio (R\$)	Junho- Julho (2 Meses) (R\$)	Total (R\$)
Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média complexidade - Recurso Estadual	R\$ 16.500,00	R\$ 33.000,00	R\$ 49.500,00
TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL	R\$ 16.500,00	R\$ 33.000,00	R\$ 49.500,00
TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 16.500,00	R\$ 33.000,00	R\$ 49.500,00
TOTAL DO CONVÊNIO	R\$ 1.909.703,92	R\$ 3.136.617,92	R\$ 5.046.321,84

APROVAÇÃO

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de **R\$ 5.046.321,84** (cinco milhões, quarenta e seis mil, trezentos e vinte e um reais e oitenta e quatro centavos).

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

Assinatura e carimbo da Conveniente
Nome: **MARIA DA PENHA RODRIGUES D'ÁVILA**
CPF: **557.761.677-87**

Assinatura

Assinatura

Vitória (ES), 30 de Maio de 2023.

[Handwritten signature]

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 LEITO	VALOR TOTAL MENSAL
Clínica Médica – Enfermaria Adulto	1	27,36	R\$ 437,00	R\$ 11.956,32
Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto	1	25,84	R\$ 488,00	R\$ 12.609,92
Clínica Pediátrica - Enfermaria	1	25,84	R\$ 437,00	R\$ 11.292,08
Clínica Obstétrica – Enfermaria - Risco Habitual	47	1214,48	R\$ 807,00	R\$ 980.085,36
UTI Neonatal	9	246,24	R\$ 980,00	R\$ 241.315,20
TOTAL	59			R\$ 1.257.258,88

SIA – MÉDIA COMPLEXIDADE

SIA - MEDIA COMPLEXIDADE					
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	AMBULATORIAL/MÊS		
			Quantidade/ Mês	Valor Unitário	Valor Mês
03 - Procedimentos Clínicos	01 - Consultas/ Atendimentos/ Acompanhamentos	06 - Consultas/ Atendimento às Urgências (em geral)	1.500	R\$ 11,00	R\$ 16.500,00
TOTAL			1.500		R\$ 16.500,00

INCENTIVOS

RECURSO FEDERAL			
TIPO INCENTIVO	80%	20%	TOTAL
IAC - Portaria 3.166 de 20 de dezembro de 2013	R\$ 148.545,90	R\$ 37.136,48	R\$ 185.682,38
INTEGRASUS	R\$ 7.181,94	R\$ 1.795,48	R\$ 8.977,42
Qualificação Rede Cegonha	R\$ 79.912,22	R\$ 19.978,06	R\$ 99.890,28
TOTAL	R\$ 235.640,06	R\$ 58.910,02	R\$ 294.550,08

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



FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO SCORE

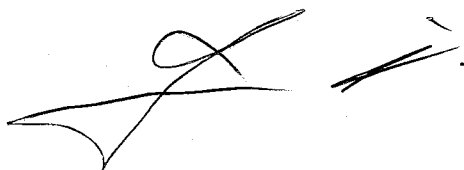
1 - QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS

1.1 – Atender a Legislação Brasileira

Meta	100% dos Alvarás e licenças atualizados em até 12 meses após a assinatura do convênio
Objetivo	<p>Uma Organização Prestadora de Serviços de Saúde para seu funcionamento precisa atender a diversos requisitos de órgãos reguladores para garantir segurança assistencial e jurídica. Para evidenciar que se encontra regular e com as autorizações devidas para seu funcionamento precisa manter atualizados todos os documentos relacionados. Abaixo estão relacionados os documentos considerados obrigatórios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; • Alvará de Autorização Sanitária; • Alvará de Localização e Funcionamento; • Certificado de Autorização de Funcionamento Farmácia (AFE) – ANVISA; • Certificado de Inscrição de Pessoa Jurídica – CRM; • Anotação de Responsabilidade Técnica (Médico (CRM), Enfermagem (Coren) e farmacêutico (CRF)); • Regimento interno do corpo clínico; • Registro de todos os médicos em atividade no CRM; • Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros – AVCB; <p>Primeira avaliação imediatamente antes do início da operação</p>
Método de Cálculo	Número de Alvarás e licenças atualizadas dividido por Número de Alvarás e licenças relacionadas x 100
Periodicidade	Contínuo
Responsável	Hospital

1.2 – Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)

Meta	Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada
-------------	---



Objetivo	<p>O processo de avaliação voluntário coordenado pela ONA atua por intermédio de instituições acreditadoras (IAC's), as quais têm a responsabilidade de proceder a avaliação e a certificação da qualidade nas organizações de saúde. Ao final do processo de avaliação a organização de saúde será acreditada se atingir os percentuais de atendimento dos requisitos por subseção, relativos ao nível, podendo ser considerada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acreditada, se atingir conformidade com os requisitos de nível 1; • Acreditada pleno, se atingir conformidade com os requisitos de nível 1 e 2; • Acreditada com Excelência, se atingir conformidade com os requisitos de nível 1, 2 e 3.
Forma de Evidência	Certificados atualizados
Periodicidade	Contínuo
Responsável	Hospital

2 - QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS

2.1 – Qualificação Técnica do Corpo Clínico

Meta	<p>70% do corpo clínico atender ao requisito em até 18 meses; 80% em até 36 meses após a celebração do convênio de contratualização.</p>
Objetivo	<p>Para qualquer uma das especialidades médicas reconhecidas no Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio dos seus Conselhos Regionais (CRM), reconhece como especialista e concede certificação, apenas aos médicos que apresentarem pelo menos um destes dois documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificado de Conclusão de Residência Médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do MEC; • Título de Especialista concedido por Associação ou Sociedade Brasileira da respectiva especialidade, que seja filiada à Associação Médica Brasileira (AMB) e cujo edital do concurso para Título de Especialista siga as normas da AMB e seja aprovado pela mesma.
Método de Cálculo	<p>Registro: Certificados do corpo clínico ativo e Lista de médicos cadastrados no CRM</p> <p>Total de médicos com título de especialista na sua área de atuação dividido pelo Total de médicos que compõem o</p>

	corpo clínico registrado no CRM x 100
Periodicidade	Mensal
Responsável	Hospital

2. 2 – Qualificação do Corpo de Enfermagem e Equipe Multiprofissional de Apoio

Meta	Apresentar Plano de Educação Continuada ativo com meta de 2 horas de treinamento/ funcionário mês – Imediato
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> Promover melhor qualidade assistencial por meio de treinamentos.
Método de Cálculo	<p>Horas de treinamento executada dividido pelo total de horas programadas no Plano x 100</p> <p>Registo em livro de Reuniões com tema abordado, data, público alvo, palestrante e horas de treinamento realizado.</p>
Periodicidade	Mensal
Responsável	Hospital

3 - SEGURANÇA ASSISTENCIAL

3. 1 – Eventos Adversos Infeciosos Graves

Meta	Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.
Objetivo	Diminuir os Eventos Adversos Infeciosos graves. A ocorrência de eventos adversos (condições adquiridas) tem um importante impacto no sistema de saúde, contribuindo para o aumento do tempo de permanência do paciente, impactando no desfecho clínico, acarretando o aumento na morbi mortalidade e aumento os custos assistenciais. Se faz necessário conhecer a abrangência e a real magnitude da sua ocorrência, para identificação de fatores associados e definição de ações para o efetivo controle do impacto dos eventos adversos no sistema de saúde local.
Método de Cálculo	<p>Critério diagnostico: Anvisa</p> <p>Número Eventos Adversos Infeciosos graves ocorridos dividido pelo Número de altas hospitalares x 100</p>
Periodicidade	Mensal
Responsável	Hospital

3.2 – Eventos Adversos Não Infecciosos Graves

Meta	Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.
Objetivo	Diminuir os Eventos Adversos não infecciosos graves. A ocorrência de eventos adversos (condições adquiridas) tem um importante impacto no sistema de saúde, contribuindo para o aumento do tempo de permanência do paciente, impactando no desfecho clínico, acarretando o aumento na morbi mortalidade e aumento os custos assistenciais. Se faz necessário conhecer a abrangência e a real magnitude da sua ocorrência, para identificação de fatores associados e definição de ações para o efetivo controle do impacto dos eventos adversos no sistema de saúde local.
Método de Cálculo	$\frac{\text{Número Eventos Adversos não Infecciosos graves ocorridos}}{\text{Número de altas hospitalares}} \times 100$
Periodicidade	Mensal
Responsável	Hospital

3.3 – Reinternações Hospitalares

Meta	Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.
Objetivo	Diminuir as reinternações nos primeiros 30 dias após a alta por evento adverso infecciosos adquirido no hospital e manifesto ou agravado após a alta Hospitalar ou com o mesmo diagnostico (CID) da primeira internação. A ocorrência de readmissões hospitalares nos primeiros 30 dias após a alta tem um importante impacto no sistema de saúde, contribuindo para o aumento do tempo de permanência do paciente, impactando no desfecho clínico, acarretando o aumento na mor imortalidade e aumento dos custos assistenciais. Se faz necessário conhecer a abrangência e a real magnitude da sua ocorrência, para identificação de fatores associados e definição de ações para o efetivo controle do impacto dos eventos adversos no sistema de saúde local.
Método de Cálculo	$\frac{\text{Número de readmissões em 30 dias após a alta}}{\text{Número de altas}} \times 100$

Periodicidade	Mensal
Responsável	Hospital

4 - EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO

4.1 – Experiência do Usuário

Meta	<p>Parâmetro de Transição:</p> <p>Indicador nota 50 NPS no 4º mês do primeiro quadrimestre.</p> <p>Carência dos primeiros 3 (três) meses para implantação, monitoramento e avaliação</p> <p>Indicador padronizado a partir do segundo quadrimestre.</p>
Objetivo	Melhorar a experiência do cliente durante a jornada hospitalar.
Método de Cálculo	$NPS = \text{Respostas 9 ou 10} / \text{Número de respondentes}$
Periodicidade	Mensal
Fonte dos dados	Pesquisa com usuários – Plataforma disponibilizada pela SESA

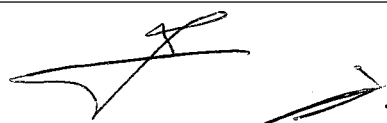
5 - ACESSO DO USUÁRIO

5.1 – Acesso hospitalar

Meta	Aceitação dos 100% dos pacientes para internação para os leitos contratualizados e disponibilizadas eletronicamente na central de regulação de internação.
Objetivo	Garantir acesso rápido e seguro
Método de Cálculo	$\text{Número de pacientes aceitos} / \text{dividido pelo número de solicitações cadastradas para o hospital} \times 100$
Periodicidade	Mensal
Fonte dos dados	Central de Regulação de Internação

5.2 – Tempo de Regulação

Meta	100% das solicitações respondidas em até 2 horas
Objetivo	Garantir acesso rápido e seguro
Método de Cálculo	$\text{Número de solicitações respondidas em até 2 horas} / \text{dividido pelo}$



	numero de solicitações cadastradas para o hospital x 100
Periodicidade	Mensal
Origem do dado	Central de Regulação de Internação

6 - EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO

6.1 – Eficiência no uso dos recursos, com análise nos indicadores

Meta	- Alcançar, até o 18º mês de assinatura do convênio, o percentil de 75% e, até o 24º mês de assinatura do convênio, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores de: <ul style="list-style-type: none"> • Internação por causas sensíveis à atenção primária; • Média de Permanência; • Taxa de Reinternação; • Condições Adquiridas.
Objetivo	Aumentar acesso pelo uso racional dos recursos
Método de Cálculo	Leitura de 100% dos prontuários com identificação, codificação DRG – emissão de relatório do sistema
Periodicidade	Mensal
Responsável	Comissão de Monitoramento do Convênio de Contratualização

7 - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

7.1 – Acompanhamento dos Pacientes Após Alta Hospitalar

Meta	Acompanhamento, nos primeiros 30 dias, os pacientes de alta, de todas as clínicas, através de <i>call center</i> ou mensagens eletrônicas com detecção de falhas de continuidade e ações para sua correção, conforme abaixo: 1º Quadrimestre: 20% das altas 2º Quadrimestre: 40% das altas 3º Quadrimestre: 80% das altas
Objetivo	Melhorar desfechos assistenciais pela melhoria dos processos de continuidade de cuidados
Método de Cálculo	Total de pacientes acompanhados 30 dias após a alta dividido pelo total de altas no período x 100

Periodicidade	Mensal
Responsável	Hospital

8. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL

8.1 – Proporção de gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha durante a internação para realização do parto

Meta	100% das gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha
Objetivo	Analisar o cumprimento de boas práticas pelos serviços que realizam o parto
Método de Cálculo	$\frac{\text{Nº de gestantes com acompanhante, de livre escolha, durante internação para realização do parto em um dado local e período}}{\text{Nº total de gestantes internadas para realização do parto no mesmo local e período}} \times 100$
Periodicidade	Quadrimestral
Fonte dos dados	Sistema MV/ Prontuários

8.2 – Classificação de Risco (Manchester ou outras)

Meta	100% das gestantes avaliadas no protocolo de risco
Objetivo	Analisar o cumprimento de boas práticas pelos serviços que realizam o parto
Método de Cálculo	$\frac{\text{Nº de gestantes com a classificação de risco durante internação para realização do parto em um dado local e período}}{\text{Nº total de gestantes internadas para realização do parto no mesmo local e período}} \times 100$
Periodicidade	Quadrimestral
Origem do dado	Sistema MV/ Prontuários

8.3 – Proporção de Gestantes que foram atendidas com as Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento

Meta	100% das gestantes com Partograma preenchido, Campleamento oportuno do cordão umbilical e contato pele a pele mãe/RN na 1ª hora
Objetivo	Analisar o cumprimento de boas práticas pelos serviços que realizam o parto

Método de Cálculo	Nº de gestantes com realização de Epsiotomia/ Nº Partos realizados x 100; Nº de gestantes com preenchimento do Partograma/ Nº Partos realizados x 100; Nº de gestantes com clampeamento oportuno do cordão umbilical/ Nº Partos realizados x 100; Nº de gestantes com realização de contato pele a pele mãe/RN na 1ª hora/ Nº Partos realizados x 100.
Periodicidade	Quadrimestral
Origem do dado	Sistema MV/ Prontuários

8.4 – Taxa de Cesárea

Meta	Máximo de 30% de partos cesáreos
Objetivo	Medir a ocorrência de partos cesáreos no total de partos hospitalares, a partir das informações disponíveis na base de dados do sistema de informação hospitalar - SIH
Método de Cálculo	Número de partos cesáreos em determinado local e ano/ Nº total de partos no mesmo local e ano X 100
Periodicidade	Quadrimestral
Origem do dado	SIH - SUS

8.5 – Proporção de RN com Apgar de 5º minuto menor que 7

Meta	Máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto abaixo de 7
Objetivo	Medir a ocorrência de asfixia no recém-nascido no quinto minuto de vida. Contribui na análise das condições do parto e nascimento
Método de Cálculo	Nº de recém-nascidos com apgar menor que 7 no quinto minuto de vida em um determinado local e ano/ Nº total de recém-nascidos no mesmo local e ano x 100
Periodicidade	Quadrimestral
Origem do dado	SINASC

8.6 – Cobertura Vacinal na Maternidade – BCG e Hepatite B

Meta	100% dos RNs que receberam as vacinas de BCG e Hepatite B na Maternidade
-------------	--

Objetivo	Medir a capacidade do serviço de saúde de captar e vacinar os RNs na Maternidade
Método de Cálculo	$\text{N}^\circ \text{ de RNs vacinados com as vacinas BCG e Hepatite B na Maternidade} / \text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos} \times 100$
Periodicidade	Quadrimestral
Origem do dado	SI-API/SINASC

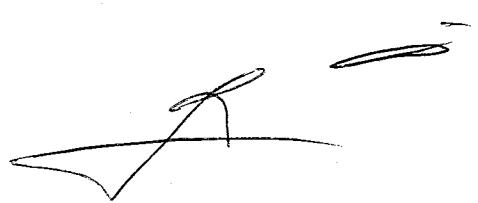
8.7 – Proporção de RN que realizaram a Triagem Neonatal Obrigatória na Maternidade (Teste do Olhinho, Coraçãozinho, Pezinho)

Meta	100% dos RNs que realizaram a Triagem Neonatal Obrigatória na Maternidade
Objetivo	Medir a capacidade do serviço de saúde de realizar os exames de Triagem Neonatal Obrigatória
Método de Cálculo	$\text{N}^\circ \text{ de RNs com os exames de Triagem Neonatal Obrigatória realizados na Maternidade} / \text{N}^\circ \text{ total de nascidos vivos} \times 100$
Periodicidade	Quadrimestral
Origem do dado	SAI-SUS/SINASC

9 - AVALIAÇÃO E AUDITORIA

9.1 – Cumprir as obrigações definidas no convênio de contratualização, avaliadas pela auditoria externa independente

Meta	Cumprir e manter 95% das obrigações elencadas em até 06 meses após a celebração do convênio de contratualização.
Objetivo	Melhorar desfechos assistenciais pelo processos de continuidade de cuidados com convênio de contratualização
Método de Cálculo	$\text{Total de obrigações cumpridas} / \text{total de obrigações constante no Convênio de Contratualização} \times 100$
Periodicidade	Mensal
Responsável	Comissão de Monitoramento e Auditoria Independente



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



Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 29/05/2023

CNPJ: 0011843 Nome Fantasia: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITORIA UNIDADE PRO CNPJ: 28.141.190/0009-33
Nome Empresarial: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE Natureza Jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS
Logradouro: AV VITORIA Número: 1114 Complemento: MATERNIDADE
Bairro: FORTE SAO JOAO Município: 320630 - VITORIA UF: ES
CEP: 29017-022 Telefone: 027 32233350 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 0001 Gestão: ESTADUAL
Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL ESPECIALIZADO Subtipo: MATERNIDADE
Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ROSANI DE MORAES CAIADO
Cadastrado em: 21/03/2002 Atualização na base local: 28/04/2023 Última atualização Nacional: 23/05/2023

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	3999 - ASSOCIACAO PRIVADA

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL

Atividade		Nível de atenção		Gestão	
HOSPITALAR		MEDIA COMPLEXIDADE		ESTADUAL	

Atendimento

Tipo de atendimento		Convênio	
AMBULATORIAL		SUS	
INTERNACAO		PARTICULAR	
INTERNACAO		SUS	
SADT		SUS	
URGENCIA		PARTICULAR	
URGENCIA		SUS	

Fluxo de clientela

03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

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 > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS	

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 013 - ASSISTENCIA OBSTETRICA E NEONATAL

Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Letos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	2	0
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	2	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	1
AMBULATORIAL		
CLINICAS ESPECIALIZADAS	3	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE IMUNIZACAO	1	0

HOSPITALAR			
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	0		41
LEITOS RN NORMAL	0		0
LEITOS RN PATOLOGICO	4		0
SALA DE CIRURGIA	1		0
SALA DE CIRURGIA	1		0
SALA DE CURETAGEM	1		0
SALA DE PARTO NORMAL	3		0
SALA DE PRE-PARTO	1		5
SALA DE RECUPERACAO	1		2

Serviços de

Serviço	Característica
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTARIO	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Pronto-atendimento de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

Ambulatorial Hospitalar

Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
163	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
144	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e

Descrição
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
ETICA MEDICA
NOTIFICACAO DE DOENCAS
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 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 005	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	CENTRO DE PARTO NORMAL	NÃO	NAO INFORMADO
144 - 001	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS	COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL	SIM	0011746
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	0012408
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	0011746
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	0011746
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	0011746
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	0011746
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	SIM	0011746
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	0011746
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	0011746
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	0011746
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	0011746
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	0011746
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	0011746
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	0011746
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	0011746
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	0012408

128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2709112
163 - 001	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	NEONATAL CONVENCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	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
128 - 001	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENCAO DO SANGUE PFINS DE ASSI	SIM	0012408
128 - 003	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	SIM	0012408
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	SIM	0011746

Outros

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

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X ate 100 mA	1	1	SIM
Ultrassom Convencional	1	1	NÃO

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA				
Usina de Oxigenio	1	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA				
Berço Aquecido	13		13	SIM
Bomba de Infusao	21		21	SIM
Debitometro	2		2	SIM
Desfibrilador	1		1	NÃO
Equipamento de Fototerapia	15		15	SIM
Incubadora	9		9	SIM
Monitor de ECG	5		5	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	5		5	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	20		20	SIM
Respirador/Ventilador	4		4	NÃO
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS				
Eletrocardiografo	1		1	SIM
OUTROS EQUIPAMENTOS				
Bomba de Infusao de Hemoderivados	2		2	NÃO
Resíduos/Rejeitos				
Coleta Seletiva de Rejeito				
RESIDUOS BIOLOGICOS				
RESIDUOS QUIMICOS				

RESIDUOS COMUNS

Diálise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL		
UTI NEONATAL - TIPO II	5	5
ESPEC - CIRURGICO	9	7
GINECOLOGIA	1	1
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	1	1
OBSTETRICO		

	Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
	OBSTETRICIA CIRURGICA	58	46
	OBSTETRICIA CLINICA	2	1
	PEDIATRICO		
	PEDIATRIA CLINICA	2	1

Habilitações

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data do Lançamento	Data da Atualização
2610	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II - UTIN II	NACIONAL	03/2014	99/9999	SAS 146	05/03/2014	7	31/03/2014	31/03/2014
2801	CUIDADOS INTERMEDIARIOS	NACIONAL	02/2002	99/9999		04/12/2006	5	04/12/2012	25/11/2014

Incentivos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --

