



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 010/2022

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-TQN26

12º 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 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 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) **CONVENENTE**, 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 **12º** 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 e Portaria nº 042-R, de 14 de junho de 2023, que tratam das normas sobre as políticas nacionais e estadual de saúde do Sistema Único de Saúde, nas correspondentes Lei de Diretrizes Orçamentárias Nº 11.677, 27/07/22; Lei Orçamentária

Rua Engenheiro Guilherme José Monjardim Varejão, nº 255, 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**

Anual- LOA Nº 11.767, 28/12/22 e demais normas e legislação específica mediante as Cláusulas e condições que se seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 - O presente Termo Aditivo ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO que tem por objeto: **(a)** Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria GM-MS 3.416, de 25 de Março de 2024 - Referente à parcela de março do piso da Enfermagem e fundamentação Jurídica da Lei 14.434/2022, **(b)** acréscimo financeiro no valor de **R\$ 130.393,66** (cento e trinta mil e trezentos e noventa e três reais e sessenta e seis centavos), referente aos objetos **(a)** conforme Documento Descritivo – DODE.

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

CLÁUSULA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO DA CLAÚSULA SEXTA

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

6.1- O valor total do presente **Convênio de Contratualização** passa a ser de **R\$ 38.606.828,37** (trinta e oito milhões e seiscentos e seis mil e oitocentos e vinte e oito reais e trinta e sete 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).



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

6.1.4- O Recurso Financeiro aplicado ao **3º Termo Aditivo foi de R\$ 341.394,96** (trezentos e quarenta e um mil, trezentos e noventa e quatro reais e noventa e seis centavos).

6.1.5 - O Recurso Financeiro aplicado ao **4º Termo Aditivo foi de R\$ 3.148.617,92** (três milhões, cento e quarenta e oito mil, seiscentos e dezessete reais e noventa e dois centavos).

6.1.6 - O Recurso Financeiro aplicado ao **5º Termo Aditivo foi de R\$ 1.921,52** (um mil e novecentos e vinte e um reais e cinquenta e dois centavos).

6.1.7 - O Recurso Financeiro aplicado ao **6º Termo Aditivo foi de R\$ 9.445.853,76**(nove milhões, quatrocentos e quarenta e cinco mil e oitocentos e cinquenta e três reais e setenta e seis centavos).

6.1.8 - O Recurso Financeiro aplicado ao **7º Termo Aditivo foi de R\$ 732.591,72** (setecentos e trinta e dois mil e quinhentos e noventa e um reais e setenta e dois centavos).

6.1.9 - O Recurso Financeiro aplicado ao **8º Termo Aditivo foi de R\$ 218.410,55** (duzentos e dezoito mil e quatrocentos e dez reais e cinquenta e cinco centavos).

6.1.10 - O Recurso Financeiro aplicado ao **9º Termo Aditivo foi de R\$ 128.691,47** (cento e vinte e oito mil e seiscentos e noventa e um reais e quarenta e sete centavos).

6.1.11 - O Recurso Financeiro aplicado ao **10º Termo Aditivo foi de R\$ 128.624,08** (cento e vinte e oito mil e seiscentos e vinte e quatro reais e oito centavos).

6.1.12 - O Recurso Financeiro aplicado ao **11º Termo Aditivo foi de R\$ 3.791.332,70** (três milhões e setecentos e noventa e um mil e trezentos e trinta e dois reais e setenta centavos).

6.1.13 - O Recurso Financeiro aplicado ao **12º Termo Aditivo será de R\$ 130.393,66** (cento e trinta mil e trezentos e noventa e três reais e sessenta e seis centavos).

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

6.2.1- Para a execução do Convênio de Contratualização, a CONVENENTE receberá



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

recursos financeiros de **R\$ 3.788.728,38** (três milhões e setecentos e oitenta e oito mil e setecentos e vinte e oito reais e trinta e oito centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.

6.2.2- A parcela pré-fixada importa em **R\$ 3.743.728,38** (três milhões e setecentos e quarenta e três mil e setecentos e vinte e oito reais e trinta e oito centavos), conforme o quadro de detalhamento, e oneram recursos de transferência da União ao Fundo Estadual de Saúde e recursos próprios da CONCEDENTE.

6.2.3- Setenta por cento (70%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 2.836.458,01** (dois milhões e oitocentos e trinta e seis mil e quatrocentos e cinquenta e oito reais e um centavo) em parcela mensal no mês de abril/2024 de **R\$ 1.483.425,84** (um milhão e quatrocentos e oitenta e três mil e quatrocentos e vinte e cinco reais e oitenta e quatro centavos) com a incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria GM-MS 3.416, de 25 de Março de 2024 - Referente à parcela de março do piso da Enfermagem e fundamentação Jurídica da Lei 14.434/2022 no valor de **R\$ 130.393,66** (cento e trinta mil e trezentos e noventa e três reais e sessenta e seis centavos), e no mês de maio de 2024 o valor mensal de **R\$ 1.353.032,18** (um milhão e trezentos e cinquenta e três mil e trinta e dois reais e dezoito centavos) é fixo e repassado mensalmente.

6.2.4- Trinta por cento (30%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 907.270,37** (novecentos e sete mil e duzentos e setenta reais e trinta e sete centavos), em parcelas mensais de **R\$ 453.635,18** (quatrocentos e cinquenta e três mil e seiscentos e trinta e cinco reais e dezoito 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



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

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\$ 45.000,00** (quarenta e cinco mil reais), em parcelas mensais estimadas de **R\$ 22.500,00** (vinte e dois mil e quinhentos reais).

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

CONCEDENTE e a CONVENENTE, mediante a celebração de Termo Aditivo que será devidamente publicado.

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

| PRÉ-FIXADO 70% | Mensal(R\$) | Abril a Maio/2024 | Total (R\$) |
|---|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual | R\$ 878.391,64 | R\$ 1.756.783,28 | R\$ 1.756.783,28 |
| Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal | R\$ 185.682,38 | R\$ 371.364,76 | R\$ 371.364,76 |
| Incentivo Federal - Integrasus - Recurso Federal | R\$ 8.977,42 | R\$ 17.954,84 | R\$ 17.954,84 |
| Incentivo Federal - Qualificação Rede Cegonha - Recurso Federal | R\$ 99.890,28 | R\$ 199.780,56 | R\$ 199.780,56 |
| Portaria GM-MS Nº 3.416/2024 - Piso da Enfermagem - parcela março 2024 - Recurso Federal | | R\$ 130.393,66 | R\$ 130.393,66 |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal | R\$ 180.090,46 | R\$ 360.180,91 | R\$ 360.180,91 |
| SUBTOTAL - Recurso Estadual | R\$ 878.391,64 | R\$ 1.756.783,28 | R\$ 1.756.783,28 |
| SUBTOTAL - Recurso Federal | R\$ 474.640,54 | R\$ 1.079.674,73 | R\$ 1.079.674,73 |
| TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 1.353.032,18 | R\$ 2.836.458,01 | R\$ 2.836.458,01 |
| | | | |
| PRÉ-FIXADO 30% | Mensal(R\$) | Abril a Maio/2024 | Total (R\$) |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual | R\$ 376.453,56 | R\$ 752.907,12 | R\$ 752.907,12 |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal | R\$ 77.181,62 | R\$ 154.363,25 | R\$ 154.363,25 |
| SUBTOTAL - Recurso Estadual | R\$ 376.453,56 | R\$ 752.907,12 | R\$ 752.907,12 |
| SUBTOTAL - Recurso Federal | R\$ 77.181,62 | R\$ 154.363,25 | R\$ 154.363,25 |
| TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 453.635,18 | R\$ 907.270,37 | R\$ 907.270,37 |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

| | | | |
|--|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| TOTAL PRÉ-FIXADO ESTADUAL | R\$ 1.254.845,20 | R\$ 2.509.690,40 | R\$ 2.509.690,40 |
| TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL | R\$ 551.822,16 | R\$ 1.234.037,98 | R\$ 1.234.037,98 |
| TOTAL PRÉ-FIXADO ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 1.806.667,36 | R\$ 3.743.728,38 | R\$ 3.743.728,38 |
| | | | |
| COMPONENTE PÓS-FIXADO | Mensal(R\$) | Abril a Maio/2024 | Total (R\$) |
| Procedimentos de Média Complexidade - Recurso Federal | R\$ 18.500,00 | R\$ 37.000,00 | R\$ 37.000,00 |
| Consultas - Recurso Estadual | R\$ 4.000,00 | R\$ 8.000,00 | R\$ 8.000,00 |
| TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL | R\$ 4.000,00 | R\$ 8.000,00 | R\$ 8.000,00 |
| TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL | R\$ 18.500,00 | R\$ 37.000,00 | R\$ 37.000,00 |
| TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 22.500,00 | R\$ 45.000,00 | R\$ 45.000,00 |
| TOTAL DO RECURSO ESTADUAL | R\$ 1.258.845,20 | R\$ 2.517.690,40 | R\$ 2.517.690,40 |
| TOTAL DO RECURSO FEDERAL | R\$ 570.322,16 | R\$ 1.271.037,98 | R\$ 1.271.037,98 |
| TOTAL DO CONVÊNIO | R\$ 1.829.167,36 | R\$ 3.788.728,38 | R\$ 3.788.728,38 |
| | | | |
| TOTAL DO ADITIVO | | | R\$ 130.393,66 |

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

Vitória/ES, 16 de abril de 2024.

CONCEDENTE:

ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA
SUBSECRETÁRIO DE ESTADO DE CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE

CONVENENTE:

MARIA DA PENHA RODRIGUES D' AVILA
PROVEDORA DA IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA-PROMATRE

TESTEMUNHAS:

1ª) _____

CPF:

2ª) _____

CPF:



DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **12º Termo Aditivo ao Convênio de contratualização nº010/2022** 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 **12º 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 10.302.0061.2325 - Contratualização de Serviços de Saúde Complementar e/ou 10.122.0061.2070 – Administração da Unidade

-UG: 440.901

-Gestão: 44901

-Natureza de Despesa: 3.3.50.43.00

-Fonte de Recursos: 1500100200 e/ou 1600000000 e/ou 1605000000e/ou 2659000009 e/ou 1600311000 e/ou 1600312000 e/ou 2605000000

Vitória/ES, 16 de abril de 2024.

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



ANEXO I

DOCUMENTO DESCRITIVO

12º TERMO ADITIVO

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - PRÓMATRE

CONVÊNIO Nº 010/2022

PROCESSO E-DOCS: 2022-TQN26

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

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 | 05 |
| V – PERFIL ASSISTENCIAL..... | 06 |
| VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS | 06 |
| VII – ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS | 08 |
| VIII – METAS ASSISTENCIAIS | 08 |
| IX – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE NIVEL AMBULATORIAL..... | 09 |
| X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO..... | 10 |
| XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS..... | 14 |
| APROVAÇÃO | 15 |
| ANEXOS | 16 |

I - IDENTIFICAÇÃO

| | | | | |
|---|------------------------|--|--------------------|------------|
| Convenente | | | 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 vigência | | |
| 557.761.677-87 | Provedora | | | |
| CI | Órgão expedidor | 04/2024 a 31/05/2024 | | |
| 217.892 | SSP/ES | | | |
| Dados Bancários | | | | |
| Banco | Agência | Conta Corrente | Praça | |
| BANESTES S/A | 103 | 3529885-0 | Parque Moscoso | |
| Banco piso da Enfermagem | Agência | Conta Corrente– Exclusiva para Piso salarial enfermagem | Praça | |
| BANESTES | 103 | 37.436.532 | 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 r 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 (x) 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 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 na Tabela Estadual de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, vinculada aos seguintes critérios:

- I. procedimentos ambulatoriais de consultas, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, referentes à linha de cuidado definido na grade de referência e perfil assistencial de cada unidade hospitalar;
- II. Procedimentos hospitalares de oftalmologia e outros a serem classificados;
- III. procedimentos ambulatoriais e hospitalares financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações – FAEC;
- IV. Órtese, Próteses e Materiais Especiais – OPME – de procedimentos de alta complexidade padronizados na tabela SUS;
- V. Órtese, Próteses e Materiais Especiais – OPME – de procedimentos de alta complexidade não padronizadas na Tabela SUS.

Os valores das consultas médicas especializadas e as OPME's não Padronizadas na Tabela SUS, terão os seus valores definidos na Tabela SUS Capixaba.

VII– ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

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

VIII – METAS ASSISTENCIAIS

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

8.1 – Internação (Âmbito Hospitalar)

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

| TIPO DE LEITOS | Nº LEITOS MENSAL |
|--|------------------|
| Clínica Médica – Enfermaria Adulto | 01 |
| Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto | 01 |
| Clínica Pediátrica – Enfermaria Pediátrica | 01 |
| UTIN | 09 |
| TOTAL | 12 |

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 | 47 |
| TOTAL | 47 |

IX – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL AMBULATORIAL

9.1 CRITÉRIOS E METAS

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

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

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

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

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

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

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

9.1.1 ESPECIALIDADES DE NÍVEL AMBULATORIAL

O rol de especialidades médicas e suas subespecialidades correspondentes, bem como quantitativos de consultas e exames ambulatoriais, serão definidas, junto à GRAE, conforme grade referencial, linhas de cuidado e observando a tabela SIGTAP, e, 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

| Código do Procedimento 03.01.01.00-72 Ambulatório Especializado | Oferta Mensal Contratual | Quant. 1º Vez (Acesso) | Quant. autogestão (retorno) | Tabela Sigtap - Valor Unitário | Tabela Sigtap - Valor Total | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Unitário | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Total |
|--|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--|---|
| Consulta em Ginecologia e obstetrícia | 100 | 0 | 100 | R\$ 10,00 | R\$ 1.000,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.000,00 |
| Consulta em Pediatria | 100 | 0 | 100 | R\$ 10,00 | R\$ 1.000,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.000,00 |
| TOTAL | 200 | | 200 | | | | |
| TOTAL | | | | | | | R\$ 4.000,00 |

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

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

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

| | |
|---------|-----|
| ≥78a<80 | 40% |
| ≥76a<78 | 50% |
| ≥74a<76 | 60% |
| ≥72a<74 | 70% |
| ≥70a<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 manteria Certificação alcançada, conforme abaixo:</p> <p>Hospitais Estruturantes: ONA nível 1 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> | 5,0 |
| 2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS | | 5,0 |
| 2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial | <p>A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser ≥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> | 5,0 |
| 3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL | | 15,0 |
| 3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar | <p>Manter as seguintes Comissões em pleno funcionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comissão de Revisão de Prontuário; - Comissão de Óbitos; - Comissão de Ética Médica; - Comissão de Ética em Enfermagem; - Comissão de Farmácia e Terapêutica; - Comissão de Controle de Infecção | 10,0 |

| | | |
|--|---|-------------|
| | 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). | |
| 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. EXPERIÊNCIADO USUÁRIO | | 5,0 |
| 4.1. Experienciado 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 ser monitorada. | 5,0 |
| 5. ACESSO AO SISTEMA | | 35,0 |
| 5.1. Acesso Hospitalar | Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação. Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil. | 5,0 |
| 5.2. Tempo de Regulação | Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas. | 5,0 |
| 5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado | Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de Regulação. (Leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise). | 10,0 |

| | | |
|---|---|-------------|
| 5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada | 100% das Consultas 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.EFICIÊNCIANO USODO 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

| PRÉ-FIXADO 70% | Mensal(R\$) | Abril a Maio/2024 | Total (R\$) |
|--|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual | R\$ 878.391,64 | R\$ 1.756.783,28 | R\$ 1.756.783,28 |
| Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal | R\$ 185.682,38 | R\$ 371.364,76 | R\$ 371.364,76 |
| Incentivo Federal - Integrarus - Recurso Federal | R\$ 8.977,42 | R\$ 17.954,84 | R\$ 17.954,84 |
| Incentivo Federal - Qualificação Rede Cegonha - Recurso Federal | R\$ 99.890,28 | R\$ 199.780,56 | R\$ 199.780,56 |
| PORTARIA GM-MS Nº 3.416/2024 - PISO DA ENFERMAGEM - PARCELA MARÇO 2024 - RECURSO FEDERAL | | R\$ 130.393,66 | R\$ 130.393,66 |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal | R\$ 180.090,46 | R\$ 360.180,91 | R\$ 360.180,91 |
| SUBTOTAL - Recurso Estadual | R\$ 878.391,64 | R\$ 1.756.783,28 | R\$ 1.756.783,28 |
| SUBTOTAL - Recurso Federal | R\$ 474.640,54 | R\$ 1.079.674,73 | R\$ 1.079.674,73 |
| TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 1.353.032,18 | R\$ 2.836.458,01 | R\$ 2.836.458,01 |
| | | | |
| PRÉ-FIXADO 30% | Mensal(R\$) | Abril a Maio/2024 | Total (R\$) |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual | R\$ 376.453,56 | R\$ 752.907,12 | R\$ 752.907,12 |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal | R\$ 77.181,62 | R\$ 154.363,25 | R\$ 154.363,25 |
| SUBTOTAL - Recurso Estadual | R\$ 376.453,56 | R\$ 752.907,12 | R\$ 752.907,12 |
| SUBTOTAL - Recurso Federal | R\$ 77.181,62 | R\$ 154.363,25 | R\$ 154.363,25 |
| TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 453.635,18 | R\$ 907.270,37 | R\$ 907.270,37 |
| TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL | R\$ 1.254.845,20 | R\$ 2.509.690,40 | R\$ 2.509.690,40 |

| | | | |
|--|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL | R\$ 551.822,16 | R\$ 1.234.037,98 | R\$ 1.234.037,98 |
| TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 1.806.667,36 | R\$ 3.743.728,38 | R\$ 3.743.728,38 |
| | | | |
| COMPONENTE PÓS-FIXADO | Mensal(R\$) | Abril a Maio/2024 | Total (R\$) |
| Procedimentos de Média Complexidade - Recurso Federal | R\$ 18.500,00 | R\$ 37.000,00 | R\$ 37.000,00 |
| Consultas - Recurso Estadual | R\$ 4.000,00 | R\$ 8.000,00 | R\$ 8.000,00 |
| TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL | R\$ 4.000,00 | R\$ 8.000,00 | R\$ 8.000,00 |
| TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL | R\$ 18.500,00 | R\$ 37.000,00 | R\$ 37.000,00 |
| TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL | R\$ 22.500,00 | R\$ 45.000,00 | R\$ 45.000,00 |
| TOTAL DO RECURSO ESTADUAL | R\$ 1.258.845,20 | R\$ 2.517.690,40 | R\$ 2.517.690,40 |
| TOTAL DO RECURSO FEDERAL | R\$ 570.322,16 | R\$ 1.271.037,98 | R\$ 1.271.037,98 |
| TOTAL DO CONVÊNIO | R\$ 1.829.167,36 | R\$ 3.788.728,38 | R\$ 3.788.728,38 |
| TOTAL DO ADITIVO | | | R\$ 130.393,66 |

APROVAÇÃO

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de **R\$ 3.788.728,38** (três milhões e setecentos e oitenta e oito mil e setecentos e vinte e oito reais e trinta e oito centavos).

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

Assinatura

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

Assinatura

Vitória (ES), 16 de abril de 2024.

ANEXOS

ANEXO A: ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

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

**ANEXO C – 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 |
| UCINCO | 9 | 246,24 | R\$ 1.035,00 | R\$ 254.858,40 |
| TOTAL | 68 | | | R\$ 1.512.117,28 |

SIA – MÉDIA COMPLEXIDADE

| Grupo | Subgrupo | Forma Organizacional | Quantidade/ Mês | TABELA SIGTAP | VALOR TOTAL | Quant. 1º Vez (Acesso) | Quant. autogestão (retorno) |
|-----------------------------|-----------------------------|---|------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 03 - Procedimentos Clínicos | 01 - Consultas/Atendimentos | 01 - Consultas médicas/outros profissionais de nível superior | 200 | R\$ 10,00 | R\$ 2.000,00 | 0 | 200 |
| | / Acompanhamentos | 06 - Consultas/Atendimento às Urgências (em geral) | 1500 | R\$ 11,00 | R\$ 16.500,00 | | |
| TOTAL | | | 1.700 | | R\$ 18.500,00 | 0 | 200 |

INCENTIVOS

| RECURSO FEDERAL | |
|--|-----------------------|
| TIPO INCENTIVO | TOTAL |
| IAC - Portaria 3.166 de 20 de dezembro de 2013 | R\$ 185.682,38 |
| INTEGRASUS | R\$ 8.977,42 |
| Qualificação Rede Cegonha | R\$ 99.890,28 |
| TOTAL | R\$ 294.550,08 |

CONSULTAS

Valor unitário estabelecido pela Portaria SESA nº083-R de 01/10/2019

RECURSO ESTADUAL

| Código do Procedimento 03.01.01.00-72 - Ambulatório Especializado | Oferta Mensal Contratual | Quant. 1º Vez (Acesso) | Quant. autogestão (retorno) | Tabela Sigtap - Valor Unitário | Tabela Sigtap - Valor Total | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Unitário | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Total |
|--|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--|---|
| Consulta em Ginecologia e obstetrícia | 100 | 0 | 100 | R\$ 10,00 | R\$ 1.000,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.000,00 |
| Consulta em Pediatria | 100 | 0 | 100 | R\$ 10,00 | R\$ 1.000,00 | R\$ 20,00 | R\$ 2.000,00 |
| TOTAL | 200 | 0 | 200 | | | | |
| TOTAL | | | | R\$ 4.000,00 | | | |

PISO DA ENFERMAGEM

| PISO DA ENFERMAGEM - Recurso Federal | |
|---|-----------------------|
| Parcela - Março/2024 | Valor |
| Portaria GM/MS nº 3.416/2024 - parcela de Março | R\$ 130.393,66 |
| TOTAL | R\$ 130.393,66 |

**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 1 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; - 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: -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. EXPERIÊNCIADOUSUÁRIO | |
| 4.1. Experienciado 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 ser 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 pactuadas 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 inseridos 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 . |

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

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 26/03/2024

CNES: 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: 320530 - VITORIA UF: ES
CEP: 29017-022 Telefone: 027 32233350 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 0001
Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL ESPECIALIZADO Subtipo: MATERNIDADE Gestão: ESTADUAL
Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ROSANI DE MORAES CAIADO
Cadastrado em: 21/03/2002 Atualização na base local: 28/02/2024 Última atualização Nacional: 25/03/2024
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 |

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 > 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 | Leitos/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 |
| NECROTERIO | PROPRIO |
| S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente) | PROPRIO |
| SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS | PROPRIO |
| SERVICO SOCIAL | PROPRIO |

Serviços especializados

| Código | Serviço | Característica | Ambulatorial | | Hospitalar | |
|--------|---|----------------|--------------|---------|------------|---------|
| | | | SUS | Não SUS | SUS | Não SUS |
| 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 HORMONAIIS | 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 | | | |
| DERMATOSCOPIO | 1 | 1 | SIM |
| Raio X ate 100 mA | 1 | 1 | SIM |
| Ultrassom Convencional | 1 | 1 | NÃO |
| EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA | | | |
| Usina de Oxigenio | 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 BIOLÓGICOS | | | |
| RESIDUOS QUÍMICOS | | | |
| RESIDUOS COMUNS | | | |

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hospitalar - Leitos

| Descrição | Leitos Existentes | Leitos SUS |
|--------------------------------|-------------------|------------|
| COMPLEMENTAR | | |
| UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL | 5 | 5 |
| UTI NEONATAL - TIPO II | 9 | 7 |
| ESPEC - CIRURGICO | | |
| GINECOLOGIA | 1 | 1 |
| ESPEC - CLINICO | | |
| CLINICA GERAL | 1 | 1 |
| OBSTETRICO | | |
| OBSTETRICA CIRURGICA | 58 | 46 |
| OBSTETRICA 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: --

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

MARIA DA PENHA RODRIGUES D AVILA

CIDADÃO

assinado em 17/04/2024 15:42:41 -03:00

ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA

SUBSECRETARIO ESTADO

SSEC - SESA - GOVES

assinado em 17/04/2024 15:44:26 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 17/04/2024 15:44:26 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por JANICY PINHEIRO ALVES (ADMINISTRADOR - DT - NECORC - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-4MG2B9>