



**CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 012/2022**

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-GN2G0

2º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 012/2022, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE ESPÍRITO SANTO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E A SANTA CASA DE IÚNA, TENDO COMO OBJETO O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (SUS/ES).

O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, doravante denominado CONCEDENTE, órgão da Administração Direta do Poder Executivo, inscrita no CNPJ: 27.080.605/0001-96, com sede na rua Engenheiro Guilherme José Monjardim Varejão, nº 255, Ed. Enseada Plaza, Enseada do Suá, Vitória - ES, CEP: 29050-360, no uso de suas atribuições de gestora do FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FES, inscrita no CNPJ: 06.893.466/0001-40, representada neste ato pelo Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde, ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA, Brasileiro, Divorciado, Servidor Público Estadual, CPF: 926.326.297-72, nomeado pelo Decreto nº364-S, de 10/02/2023 e, do outro lado a SANTA CASA DE IÚNA, caracterizado como hospital filantrópico, inscrita no CNPJ sob nº. 27.553.841/0001-82, situada à Av. Presidente Tancredo Neves, 381, Bairro Niterói, Iúna - ES, doravante denominado (a) CONVENENTE, neste ato representado por seu Representante Legal o Sr. ARY LEAL FARIA inscrito no CPF sob o nº. 751.223.087-72, resolvem celebrar o presente CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO para execução de ações e serviços de saúde, tendo em vista o disposto na Constituição da República Federativa de 1988, na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, o art. 116 da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, Portaria MS/GM nº 3.410, de 30/12/2013 e Portarias de Consolidação nº 1, nº 2, nº 3 e nº 5, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria Estadual 076-R, de 19 de maio de 2022, que tratam das

A



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:

### **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 096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº 017-R de 02/03/2023 - Parcela única - Recurso Federal e (b) acréscimo financeiro de de **R\$ 53.850,95 (cinquenta e três mil e oitocentos e cinquenta reais e noventa e cinco centavos)** referente Incorporação de Recurso Financeiro de Portaria MS nº 096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº 017-R de 02/03/2023, 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 TERMO ADITIVO AO 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\$ 5.441.856,75** (cinco milhões e quatrocentos e quarenta e um mil e oitocentos e cinquenta e seis reais e setenta e cinco centavos).
- 6.1.1** - O Recurso Financeiro aplicado ao **Convênio de contratualização** inicial foi de **R\$ 4.988.005,80** (quatro milhões novecentos oitenta e oito mil cinco reais e oitenta centavos).
- 6.1.2** - O Recurso Financeiro aplicado ao **1º Termo Aditivo** foi de de **R\$ 400.000,00** (quatrocentos mil reais).
- 6.1.3** - O Recurso Financeiro aplicado ao **2º Termo Aditivo** será de de **R\$ 53.850,95** (cinquenta e três mil e oitocentos e cinquenta reais e noventa e cinco centavos).

D



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

**6.2.1 - Para a execução do convênio de contratualização, a CONVENENTE receberá recursos financeiros de R\$ 2.132.186,70 (dois milhões e cento e trinta e dois mil e cento e oitenta e seis reais e setenta centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.**

**6.2.2- A parcela pré-fixada importa em R\$ 1.958.690,35 (um milhão e novecentos e cinquenta e oito mil e seiscentos e noventa reais e trinta e cinco centavos), e será transferida à CONVENENTE em parcela mensal de R\$ 434.818,83 (quatrocentos e trinta e quatro mil e oitocentos e dezoito reais e oitenta e três centavos), no mês de março/2023 referente Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº 096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº 017-R de 02/03/2023, em parcela única no valor total de R\$ 53.850,95 (cinquenta e três mil e oitocentos e cinquenta reais e noventa e cinco centavos) e nos meses de abril/2023 a julho de 2023 em parcelas mensais de R\$ 380.967,88 (trezentos oitenta mil novecentos sessenta e sete reais e oitenta 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- Oitenta por cento (80%) do componente pré-fixado, que remontam R\$ 1.577.722,47 (um milhão e quinhentos e setenta e sete mil e setecentos e vinte e dois reais e quarenta e sete centavos), por 5 meses, em parcela mensal de R\$ 358.625,25 (trezentos e cinquenta e oito mil e seiscentos e vinte e cinco reais e vinte e cinco centavos) no mês de março/2023 referente Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº 096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº 017-R de 02/03/2023, em parcela única no valor total de R\$ 53.850,95 (cinquenta e três mil e oitocentos e cinquenta reais e noventa e cinco centavos) e nos meses de abril/2023 a julho de 2023 em parcelas mensais de R\$ 304.774,30 (trezentos e quatro mil setecentos e setenta e quatro reais e trinta centavos) fixo e repassado mensalmente.**

**6.2.4- Vinte por cento (20%) do componente pré-fixado, que remontam R\$ 380.967,88 (trezentos e oitenta mil e novecentos e sessenta e sete reais e oitenta e oito centavos) por 5 meses, em parcelas mensais de R\$ 76.193,58 (setenta e seis mil cento e noventa e três reais e cinquenta e oito 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**

A



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%	MÊS/MARÇO	ABRIL a JULHO	TOTAL
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 246.451,58	R\$ 985.806,34	R\$ 1.232.257,92
Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 6.720,00	R\$ 26.880,00	R\$ 33.600,00
Incentivo Federal (IAC) - <b>Recurso Federal</b>	R\$ 48.426,02	R\$ 193.704,08	R\$ 242.130,10
Incentivo Federal (INTEGRASUS) - <b>Recurso Federal</b>	R\$ 3.176,70	R\$ 12.706,80	R\$ 15.883,50
Portaria MS nº 096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº 017-R de 02/03/2023	R\$ 53.850,95		R\$ 53.850,95
<b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>	<b>R\$ 253.171,58</b>	<b>R\$ 1.012.686,34</b>	<b>R\$ 1.265.857,92</b>
<b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>	<b>R\$ 105.453,67</b>	<b>R\$ 206.410,88</b>	<b>R\$ 311.864,55</b>
<b>TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL</b>	<b>R\$ 358.625,25</b>	<b>R\$ 1.219.097,22</b>	<b>R\$ 1.577.722,47</b>
PRÉ-FIXADO 20%	MÊS/MARÇO	ABRIL a JULHO	TOTAL
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 61.612,90	R\$ 246.451,58	R\$ 308.064,48
Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 1.680,00	R\$ 6.720,00	R\$ 8.400,00
Incentivo Federal (IAC)- <b>Recurso Federal</b>	R\$ 12.106,51	R\$ 48.426,04	R\$ 60.532,55
Incentivo Federal (Integrasmus)- <b>Recurso Federal</b>	R\$ 794,17	R\$ 3.176,68	R\$ 3.970,85
<b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>	<b>R\$ 63.292,90</b>	<b>R\$ 253.171,58</b>	<b>R\$ 316.464,48</b>
<b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>	<b>R\$ 12.900,68</b>	<b>R\$ 51.602,72</b>	<b>R\$ 64.503,40</b>
<b>TOTAL DO RECURSO</b>	<b>R\$ 76.193,58</b>	<b>R\$ 304.774,30</b>	<b>R\$ 380.967,88</b>



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

<b>ESTADUAL + FEDERAL</b>			
<b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL</b>	R\$ 316.464,48	R\$ 1.265.857,92	R\$ 1.582.322,40
<b>TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL</b>	R\$ 118.354,35	R\$ 258.013,60	R\$ 376.367,95
<b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>	R\$ 434.818,83	R\$ 1.523.871,52	R\$ 1.958.690,35
<b>COMPONENTE PÓS-FIXADO</b>	<b>MÊS/MARÇO</b>	<b>ABRIL a JULHO</b>	<b>TOTAL</b>
Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média complexidade - Recurso Estadual	R\$ 34.699,27	R\$ 138.797,08	R\$ 173.496,35
<b>TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL</b>	R\$ 34.699,27	R\$ 138.797,08	R\$ 173.496,35
<b>TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL</b>	R\$ -	R\$ -	R\$ -
<b>TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>	R\$ 34.699,27	R\$ 138.797,08	R\$ 173.496,35
<b>TOTAL DO CONVÊNIO</b>	R\$ 469.518,10	R\$ 1.662.668,60	R\$ 2.132.186,70

### CLÁUSULA TERCEIRA- DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

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

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

Vitória/ES, 07 de Março de 2023.

A



**CONCEDENTE:**

---

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

**CONVENENTE:**

---

**ARY LEAL FARIA**  
PRESIDENTE DO HOSPITAL

**TESTEMUNHAS:**

- 1ª) \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_
- 2ª) \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_



## DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **2º Termo Aditivo ao Convênio nº. 012/2022** 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 Convenente.

Declaro ainda que a despesa referente ao **2º Termo Aditivo ao Convênio nº. 012/2022** 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: 3.3.90.39.00
- Fontes de Recursos: 1500100200 e 1600000000

Vitória, 07 de março de 2023.

  
**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**

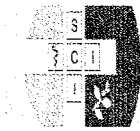
### **DOCUMENTO DESCRITIVO – 2º TERMO ADITIVO**

#### **SANTA CASA DE IÚNA**

CONVÊNIO Nº 012/2022

PROCESSO E-DOCS: 2022-GN2G0





**SANTA CASA DE IÚNA**

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955

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

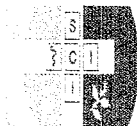
## **ESTRUTURA ADMINISTRATIVA**

### **GESTOR**

ARY LEAL FARIA

### **DIRETOR TÉCNICO**

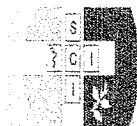
WILSON LOPES CARDOSO NETO

**SANTA CASA DE IÚNA**

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955

GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**I - IDENTIFICAÇÃO**

<b>Convenente</b>		<b>CNPJ</b>		
SANTA CASA DE IÚNA		27.553.841/0001-82		
<b>Endereço</b>		<b>Município</b>	<b>UF</b>	<b>CEP</b>
Av. Presidente Tancredo Neves – 381 Niterói		IÚNA	ES	29390000
<b>Macrorregião</b>	<b>Microrregião</b>	<b>SRS</b>	<b>CNES</b>	
Sul	Guaçuí	Cachoeiro de Itapemirim	2650533	
<b>Telefone</b>	<b>Fax</b>	<b>E-mail</b>		
(28) 3545-1170	(28) 3545-1213	santacasa.iuna@gmail.com		
<b>Nome do Responsável</b>				
ARY LEAL FARIA				
<b>CPF</b>	<b>Função</b>	<b>Período de vigência</b>		
751.223.087-72	Administrador			
<b>CI</b>	<b>Órgão expedidor</b>	03/2023 a 31/07/2023		
55.989-5	SSP-ES			
Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.				
<b>Banco</b>	<b>Agência</b>	<b>Conta Corrente</b>	<b>Praça</b>	
Banestes	0123	35.307.255	IÚNA-ES	
<b>Missão</b>				
Atendimento ao ser humano como missão principal do hospital. Oferecer assistência inovadora a saúde.				
<b>Visão</b>				
Ser reconhecida pela sociedade como hospital de referência em média complexidade evidenciada pela qualidade e humanização em seus serviços.				
<b>Valores</b>				
Ética, humanização, comprometimento e responsabilidade, filantropia.				
<b>Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:</b>				
A Santa Casa de Iúna é uma entidade filantrópica sem fins lucrativos, que atende a região do Caparaó especialmente os municípios de Iúna, Irupi, Ibatiba, Ibitirama e Muniz Freire e esta referenciada em média complexidade, assistência em pronto atendimento aos pacientes com risco de vida e paciente com necessidades de atendimento especializado. Abrange internações com recurso de diagnóstico e tratamento necessário.				
<b>Área de Abrangência</b>				
Região Sul.				
<b>Estrutura tecnológica e capacidade instalada</b>				
Conforme registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e nos formulários informados para Censo Hospitalar.				



**SANTA CASA DE IÚNA**

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1855

GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## II - CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Especializado	
<b>Natureza</b>	<input type="checkbox"/> Público	<input checked="" type="checkbox"/> Filantrópico	<input type="checkbox"/> Privado
<b>Número de Leitos - CNES</b>	Geral:76	SUS: 65	
<b>Serviço de Urgência e Emergência</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Porta Aberta – <input type="checkbox"/> Referenciado
<b>Serviço de Maternidade</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se sim, habilitado-GAR <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
<b>Habilitação em Alta Complexidade</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Quais:
<b>Inserção nas Redes de Atenção a Saúde</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Se sim, quais.
<b>Classificação do Porte Hospitalar</b>	<input type="checkbox"/> Estruturante <input type="checkbox"/> Estratégico <input checked="" type="checkbox"/> Apoio e/ou Maternidade <input type="checkbox"/> Apoio – Potencial Cirurgias Eletivas		

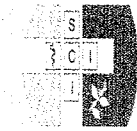
## III – CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES

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:



**SANTA CASA DE IÚNA**

FUNDADA EM 16 DE JULHO DE 1955

GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

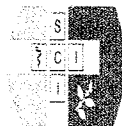
- Definição de todas as ações e serviços de saúde nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital;
- A definição do perfil assistencial dos hospitais e da Grade de Referência Hospitalar e Pré-Hospitalar;
- A definição das metas com os seus quantitativos na prestação 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 e ARFT;

#### **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.

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.

<b>LINHA DE CUIDADOS</b>	<b>TIPO DE ATENDIMENTO</b>	<b>ACESSO</b>	<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>RECURSOS DE URGÊNCIA</b>	<b>RECURSOS GERAIS</b>
--------------------------	----------------------------	---------------	---------------------	-----------------------------	------------------------



LINHA DE CUIDADOS	TIPO DE ATENDIMENTO	ACESSO	FAIXA ETÁRIA	RECURSOS DE URGÊNCIA	RECURSOS GERAIS
<b>CIRURGIA GERAL-ELETIVAS</b>	CIRURGIAS DO DO APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL ELETIVAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE, COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS DO SERVIÇO	REGULAÇÃO AMBULATORIAL REGULAÇÃO DE LEITOS	ADULTO	NAO	SIM
<b>CLÍNICA MÉDICA - LEITOS DE SUPORTE</b>	CLÍNICA MÉDICA GERAL, CUIDADOS PALIATIVOS CUIDADOS PROLONGADOS	REGULAÇÃO DE LEITOS	ADULTO	NÃO	SIM
<b>PEDIATRIA</b>	CLÍNICA PEDIÁTRICA GERAL	PRONTO SOCORRO REFERENCIADO REGULAÇÃO DE LEITOS	PEDIÁTRIC O	SIM	SIM

**OBSERVAÇÕES:**

- HIFA - Referência para os serviços em casos de complicações graves: HAP, HEI, UIJM, HSCMI e HSCMca.
- Leitos de suporte em clínica médica ou pediátrica são aqueles destinados às transferências dos pacientes para possibilitar o fluxo assistencial de UPA/PA e dos leitos especializados em alta complexidade, que garantirá o acesso à internação para as Portas de Entrada da Rede de Atenção à Saúde, com assistência oportuna, ágil, qualificada e humanizada, incluindo em estratégias de contingência.

**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;

## VII- ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

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

## VIII – METAS ASSISTENCIAIS

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

### 8.1 – Internações (Âmbito Hospitalar)

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

TIPO DE LEITOS	Nº LEITOS
Clínica Médica – Enfermaria Adulto	31
Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto	04
Clínica Pediátrica - Enfermaria	05
Clínica Obstétrica – Risco Habitual	06

**TOTAL****46****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, por meio da Auto Regulação Formativa Territorial.

<b>Especialidade</b>	<b>Nível de atenção</b>	<b>Quant. Horas Mês</b>
Consulta em Cirurgia Ginecológica	IV	20
Consultas em Cirurgia Geral	IV	20
Consulta em Cardiologia para risco cirúrgico	VI	30
<b>TOTAL DE HORAS</b>		<b>70</b>

É obrigação da entidade conveniada a disponibilização de plataformas de telemedicina e telediagnóstico próprias, assim como, a disponibilização ao usuário, por meio de acesso on-line, aos resultados de exames realizados pela mesma.

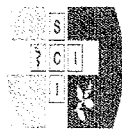
**9.2 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO**

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

<b>TIPO DE EXAME</b>	<b>QUANTIDADE MÊS</b>
Diagnóstico em laboratório clínico	344
Diagnóstico por radiologia	323
Diagnóstico por ultrassonografia	150
Diagnóstico por Endoscopia	48
Métodos Diagnósticos em Especialidades	70
Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	01

O detalhamento de cada subgrupo por forma organizacional consta no anexo de SIA de média complexidade.

**X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO**



**SANTA CASA DE IÚNA**

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955

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

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. Avaliação e Auditoria

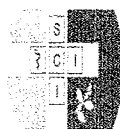
#### **10.1 - Critérios para Avaliação das Metas.**

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:

<b>Competências monitoradas</b>	<b>Mês de Monitoramento</b>	<b>Mês do encontro de contas do quadrimestre anterior, de acordo com a avaliação</b>
1º Quadrimestre	Dezembro	Janeiro/2022 a Abril/2023
2º Quadrimestre	Abril	Maió a Agosto/2023
3º Quadrimestre	Agosto	Setembro a Dezembro/2023

O desempenho alcançado pela convenente, 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:

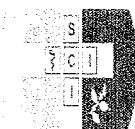




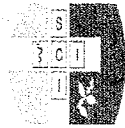
<b>PONTUAÇÃO SCORE (PS)</b>	<b>Percentual de Desconto da Parcela dos 20% do valor global pré-fixado</b>
≥ 95 a < 100	0%
≥ 92 a < 95	5%
≥ 90 a < 92	10%
≥ 88 a < 90	15%
≥ 85 a < 88	20%
≥ 82 a < 85	25%
≥ 80 a < 82	30%
≥ 78 a < 80	40%
≥ 76 a < 78	50%
≥ 74 a < 76	60%
≥ 72 a < 74	70%
≥ 70 a < 72	80%
< 70	90%

**10.2 Score de Indicadores de Qualidade e Desempenho Hospitalar**

<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>META</b>	<b>SCORE MÁXIMO</b>
<b>1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS</b>		<b>10,0</b>
1.1. Atender a Legislação Brasileira	100% dos Alvarás e Licenças atualizadas, em até 12 meses após a 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: <b>Hospitais Estruturantes:</b> - ONA nível I em 18 meses - ONA nível 2 em 30 meses, - ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter. <b>Hospitais Estratégicos:</b> Certificação ONA 1 em 18 meses <b>Hospitais de Apoio:</b> Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses. Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano	5,0

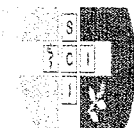


	de Certificação – Cronograma	
<b>2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS</b>		<b>10,0</b>
2.1. Qualificação do Corpo Clínico	50% do Corpo Clínico atende ao requisito de possuir titulação de especialista em uma das especialidades médicas reconhecidas pelo CFM; 70% em até 18 meses; 80% em até 36 meses após a celebração 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
<b>3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL</b>		<b>20,0</b>
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
<b>4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO</b>		<b>10,0</b>
4.1. Experiência do Usuário  Pesquisa avaliada pela metodologia do NPS (Net Promoter Score).	Parâmetro de Transição: Indicador 50 NPS no 4º mês do primeiro quadrimestre.	10,0
	Carência dos primeiros 3 (três) meses par implantação, monitoramento e avaliação	
	Indicador padronizado a partir do segundo quadrimestre.	<b>5 Pts</b> Atingir o NPS 50 <b>10 Pts</b> Atingir o NPS 65
<b>5. ACESSO AO SISTEMA</b>		<b>20,0</b>
5.1. Acesso Hospitalar	100% dos pacientes aceitos do perfil	4,0
5.2. Tempo de Regulação	100% das solicitações respondidas em até 2 horas	3,5



5.3. Acesso pela ARFT	<u>1º Quadrimestre:</u> 10-20% dos atendimentos por meio de opinião formativa  <u>A partir do 2º Quadrimestre:</u> 15-30% dos atendimentos por meio de opinião formativa	3,5
5.4. Prazo de atendimento das consultas da ARFT (Presencial ou por Telemedicina)	<u>1º Quadrimestre:</u> 70% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II  <u>A partir do 2º Quadrimestre:</u> 95% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II	4,0
5.5. Fila Cirúrgica  <u>PRAZOS PARA REALIZAÇÃO DAS CIRURGIAS:</u> - Emergente: Até 1 hora - Urgente: Até 24 horas - Eletivo Urgente: Até 14 dias - Eletivo (Essencial): Até 90 dias - Eletivo Não Essencial: Até 150 dias	<u>1º Quadrimestre:</u> 70% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos  <u>A partir do 2º Quadrimestre:</u> 95% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos	5,0
<b>6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO</b>		<b>15,0</b>
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
<b>7. CONTINUIDADE DOS CUIDADOS</b>		<b>5,0</b>
7.1. Acompanhamento dos pacientes após alta	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	5,0

12

**SANTA CASA DE IÚNA**

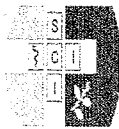
FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955

GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

hospitalar	para sua correção, conforme abaixo: 1º Quadrimestre: 20% das altas 2º Quadrimestre: 40% das altas 3º Quadrimestre: 80% das altas	
<b>8. AVALIAÇÃO E AUDITORIA</b>		<b>10,0</b>
8.2. 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 10,0
<b>TOTAL</b>		<b>100,0</b>

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%	MÊS/MARÇO	ABRIL a JULHO	TOTAL	
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 246.451,58	R\$ 985.806,34	R\$	1.232.257,92
Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 6.720,00	R\$ 26.880,00	R\$	33.600,00
Incentivo Federal (IAC) - <b>Recurso Federal</b>	R\$ 48.426,02	R\$ 193.704,08	R\$	242.130,10
Incentivo Federal (INTEGRASUS) - <b>Recurso Federal</b>	R\$ 3.176,70	R\$ 12.706,80	R\$	15.883,50
Portaria MS nº 096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº 017-R de 02/03/2023, - Parcela única - <b>Recurso Federal</b>	R\$ 53.850,95		R\$	53.850,95
<b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>	<b>R\$ 253.171,58</b>	<b>R\$ 1.012.686,34</b>	<b>R\$</b>	<b>1.265.857,92</b>
<b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>	<b>R\$ 105.453,67</b>	<b>R\$ 206.410,88</b>	<b>R\$</b>	<b>311.864,55</b>
<b>TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL</b>	<b>R\$ 358.625,25</b>	<b>R\$ 1.219.097,22</b>	<b>R\$</b>	<b>1.577.722,47</b>
PRÉ-FIXADO 20%	MÊS/MARÇO	ABRIL a JULHO	TOTAL	
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 61.612,90	R\$ 246.451,58	R\$	308.064,48
Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 1.680,00	R\$ 6.720,00	R\$	8.400,00
Incentivo Federal (IAC)- <b>Recurso Federal</b>	R\$ 12.106,51	R\$ 48.426,04	R\$	60.532,55
Incentivo Federal (Integrasmus)- <b>Recurso Federal</b>	R\$ 794,17	R\$ 3.176,68	R\$	3.970,85
<b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>	<b>R\$ 63.292,90</b>	<b>R\$ 253.171,58</b>	<b>R\$</b>	<b>316.464,48</b>

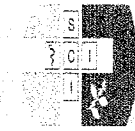


**SANTA CASA DE IÚNA**

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955

GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>	R\$ 12.900,68	R\$ 51.602,72	R\$ 64.503,40
<b>TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL</b>	R\$ 76.193,58	R\$ 304.774,30	R\$ 380.967,88
<b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL</b>	R\$ 316.464,48	R\$ 1.265.857,92	R\$ 1.582.322,40
<b>TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL</b>	R\$ 118.354,35	R\$ 258.013,60	R\$ 376.367,95
<b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>	R\$ 434.818,83	R\$ 1.523.871,52	R\$ 1.958.690,35
<b>COMPONENTE PÓS-FIXADO</b>			
	<b>MÊS/MARÇO</b>	<b>ABRIL a JULHO</b>	<b>TOTAL</b>
Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média complexidade - Recurso Estadual	R\$ 34.699,27	R\$ 138.797,08	R\$ 173.496,35
<b>TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL</b>	R\$ 34.699,27	R\$ 138.797,08	R\$ 173.496,35
<b>TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL</b>	R\$ -	R\$ -	R\$ -
<b>TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>	R\$ 34.699,27	R\$ 138.797,08	R\$ 173.496,35
<b>TOTAL DO CONVÊNIO</b>	R\$ 469.518,10	R\$ 1.662.668,60	R\$ 2.132.186,70



**SANTA CASA DE IÚNA**

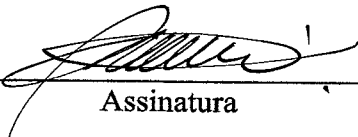
FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955

GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE


**APROVAÇÃO**

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de R\$ 5.441.856,75 (cinco milhões e quatrocentos e quarenta e um mil e oitocentos e cinquenta e seis reais e setenta e cinco centavos ).

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

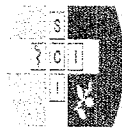
  
Assinatura

**Assinatura e carimbo da Convenente**  
Nome: **ARY LEAL FARIA**  
CI: 55.989-5 - Órgão Exp.: SSP/ES  
CPF: 751.223.087-72

  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Vitória (ES), 07 de Março de 2023.



**SANTA CASA DE IÚNA**

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955

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

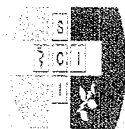
## **ANEXOS**

### **ANEXO A: ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS**

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

### **ANEXO C – CNES**

*R*



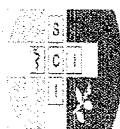
**SANTA CASA DE IÚNA**

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955

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

## **ANEXO A - ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS**



**SANTA CASA DE IÚNA**

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955

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

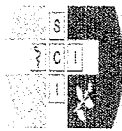
RECURSO ESTADUAL				
TIPO DE LEITOS	Nº LEITOS	QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS	VALOR DIÁRIA DE LEITO	VALOR TOTAL MENSAL
Clínica Médica - Enfermaria Adulto	31	801,04	R\$ 175,00	R\$ 140.182,00
Clínica Cirúrgica - Enfermaria Adulto	4	103,36	R\$ 195,00	R\$ 20.155,20
Clínica Obstétrica - Risco Habitual	6	155,04	R\$ 807,00	R\$ 125.117,28
Clínica Pediátrica - Enfermaria	5	129,2	R\$ 175,00	R\$ 22.610,00
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>			<b>R\$ 308.064,48</b>

**AUTO REGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL**

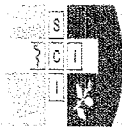
RECURSO ESTADUAL			
ESPECIALIDADE	QUANT. HORAS MÊS	VALOR HORA	VALOR TOTAL MÊS
Consulta em Cirurgia Ginecológica	20	R\$ 120,00	R\$ 2.400,00
Consulta em Cirurgia Geral	20	R\$ 120,00	R\$ 2.400,00
Consulta em Cardiologia para risco cirúrgico	30	R\$ 120,00	R\$ 3.600,00
<b>TOTAL DE HORAS</b>	<b>70</b>		<b>R\$ 8.400,00</b>

**SIA MÉDIA COMPLEXIDADE**

RECURSO ESTADUAL					
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/mês	Valor Unitário	Valor/mês
02- Procedimentos c/ Finalidade Diagnóstica	02 - Diagnóstico por Análises Clínicas	01 - Exames Bioquímicos	56	R\$ 2,34	R\$ 131,04
		02 - Exames Hematológicos e Hemostasia	132	R\$ 3,90	R\$ 514,80
		03 - Exames Sorológicos e Imunológicos	52	R\$ 2,93	R\$ 152,36
		05 - Exames de Uroanálise	79	R\$ 3,70	R\$ 292,30
		06 - Exames hormonais	25	R\$ 7,85	R\$ 196,25
	04- Diagnóstico	01- Exames Rad.Cabeça e	21	R\$ 7,31	R\$ 153,51



	p/ Radiologia	Pescoço				
		02- Exames Rad.Coluna Vertebral	16	R\$	10,83	R\$ 173,28
		03- Exames Rad.Torax e Mediastino	135	R\$	7,11	R\$ 959,85
		04- Exames Rad.Cintura Escapular e dos Membros Superiores	66	R\$	6,82	R\$ 450,12
		05 - Exames Rad.Abdomen e Pelve	2	R\$	7,12	R\$ 14,24
		06 - Exames Rad. Cintura Pelvica e dos Membros Inferiores	83	R\$	7,14	R\$ 592,62
		05- Diagnóstico por ultrassonografia	02- Ultrassonografia dos demais sistemas	150	R\$	31,07
	09- Diagnóstico por Endoscopia	01- Esofagogastroduodenoscopia	30	R\$	48,16	R\$ 1.444,80
		01- Colonoscopia	18	R\$	112,66	R\$ 2.027,88
	11 - Métodos diagnosticos em especialidades	02 - Diagnostico em cardiologia	70	R\$	5,15	R\$ 360,50
	12 - Diagnóstico e proced especiais em hemoterapia	01 - Exames do doador/receptor	1	R\$	17,03	R\$ 17,03
03- Procedimentos Clínicos	01- Consultas/ Atendimento s/ Acompanhamentos	01 - Consulta outros profissionais de nível superior - Não médicas	1.815	R\$	6,30	R\$ 11.434,50
		06 - Consulta/ Atendimento as urgencias	1.000	R\$	9,90	R\$ 9.900,00
03- Procedimentos Clínicos	01- Consultas/ Atendimento s/ Acompanhamentos	10 - Atendimento de Enfermagem (geral)	1.650	R\$	0,48	R\$ 792,00
	06- Hemoterapia	02 - Medicina transfusional	1	R\$	8,09	R\$ 8,09
04- Procedimentos Cirurgicos	01- Pequena Cirurgia e Cirurgia de pele, tecido subcutaneo e mucosa	01 - Pequenas Cirurgias	35	R\$	11,82	R\$ 413,70



**SANTA CASA DE IÚNA**

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955

GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

08-Ações complementares da atenção à saúde	03-Autorização / Regulação	01 - Deslocamento/Ajuda de Custo	2	R\$	4,95	R\$	9,90
<b>TOTAL</b>			5.439			<b>R\$</b>	<b>34.699,27</b>

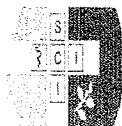
Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.

### INCENTIVOS FEDERAIS

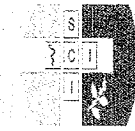
RECURSO FEDERAL			
TIPO INCENTIVO	80%	20%	TOTAL
IAC - Portaria 3.166 de 20 de dezembro de 2013)	R\$ 48.426,02	R\$ 12.106,51	R\$ 60.532,53
INTEGRASUS	R\$ 3.176,70	R\$ 794,17	R\$ 3.970,87
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 51.602,72</b>	<b>R\$ 12.900,68</b>	<b>R\$ 64.503,40</b>

**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**

<b>Meta</b>	100% dos Alvarás e licenças atualizados em até 12 meses após a assinatura do convênio
<b>Objetivo</b>	<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"><li>• Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;</li><li>• Alvará de Autorização Sanitária;</li><li>• Alvará de Localização e Funcionamento;</li><li>• Certificado de Autorização de Funcionamento Farmácia (AFE) – ANVISA;</li><li>• Certificado de Inscrição de Pessoa Jurídica – CRM;</li><li>• Anotação de Responsabilidade Técnica (Médico (CRM), Enfermagem (Coren) e farmacêutico (CRF));</li><li>• Regimento interno do corpo clínico;</li><li>• Registo de todos os médicos em atividade no CRM;</li><li>• Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros – AVCB;</li></ul> <p>Primeira avaliação imediatamente antes do início da operação</p>
<b>Método de Cálculo</b>	$\frac{\text{Número de Alvarás e licenças atualizadas}}{\text{Número de Alvarás e licenças relacionadas}} \times 100$
<b>Periodicidade</b>	Contínuo



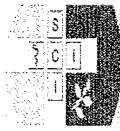
<b>Responsável</b>	Hospital
--------------------	----------

**1. 2 – Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)**

<b>Meta</b>	Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada
<b>Objetivo</b>	<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"><li>• Acreditada, se atingir conformidade com os requisitos de nível 1;</li><li>• Acreditada pleno, se atingir conformidade com os requisitos de nível 1 e 2;</li><li>• Acreditada com Excelência, se atingir conformidade com os requisitos de nível 1, 2 e 3.</li></ul>
<b>Forma de Evidência</b>	Certificados atualizados
<b>Periodicidade</b>	Contínuo
<b>Responsável</b>	Hospital

**2 - QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS****2. 1 – Qualificação técnica do corpo clínico**

<b>Meta</b>	70% do corpo clínico atender ao requisito em até 18 meses; 80% em até 36 meses após a celebração do convênio de contratualização.
<b>Objetivo</b>	Para qualquer uma das especialidades médicas reconhecidas no Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio dos seus Conselhos Regionais (CRM), reconhece como



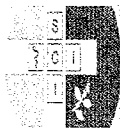
	<p>especialista e concede certificação, apenas aos médicos que apresentarem pelo menos um destes dois documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Certificado de Conclusão de Residência Médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do MEC;</li><li>• Título de Especialista 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.</li></ul>
<b>Método de Cálculo</b>	<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 corpo clínico registrado no CRM x 100</p>
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Responsável</b>	Hospital

## 2. 2 – Qualificação do Corpo de Enfermagem e Equipe Multiprofissional de apoio

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

## 3 - SEGURANÇA ASSISTENCIAL

A

**3. 1 – Eventos adversos infecciosos graves**

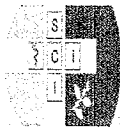
<b>Meta</b>	Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.
<b>Objetivo</b>	Diminuir os Eventos Adversos Infeciosos graves. A ocorrência de eventos adversos (condições adquiridas) tem um importante impacto no sistema de saúde, contribuindo para o aumento do tempo de 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.
<b>Método de Cálculo</b>	Critério diagnóstico: Anvisa Número Eventos Adversos Infeciosos graves ocorridos dividido pelo Número de altas hospitalares x 100
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Responsável</b>	Hospital

**3 2: Eventos adversos não infecciosos graves**

<b>Meta</b>	Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.
<b>Objetivo</b>	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.
<b>Método de Cálculo</b>	Número Eventos Adversos não Infeciosos graves ocorridos dividido pelo Número de altas hospitalares x 100

A





<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Responsável</b>	Hospital

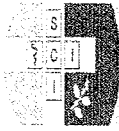
### 3 3: Reinternações Hospitalares

<b>Meta</b>	Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.
<b>Objetivo</b>	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 diagnóstico (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 mortalidade 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.
<b>Método de Cálculo</b>	$\frac{\text{Número de readmissões em 30 dias após a alta}}{\text{Número de altas}} \times 100$
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Responsável</b>	Hospital

## 4 - EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO

### 4.1: Experiência do Usuário

<b>Meta</b>	Parâmetro de Transição:  Indicador nota 50 NPS no 4º mês do primeiro quadrimestre.  Carência dos primeiros 3 (três) meses para implantação, monitoramento e avaliação  Indicador padronizado a partir do segundo quadrimestre.
-------------	--



<b>Objetivo</b>	Melhorar a experiência do cliente durante a jornada hospitalar.
<b>Método de Cálculo</b>	NPS = Respostas 9 ou 10 / Número de respondentes
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Fonte dos dados</b>	Pesquisa com usuários – Plataforma disponibilizada pela SESA

## 5 - ACESSO DO USUÁRIO

### 5.1: Acesso hospitalar

<b>Meta</b>	Aceitação dos 100% dos pacientes para internação para os leitos contratualizados e disponibilizadas eletronicamente na central de regulação de internação.
<b>Objetivo</b>	Garantir acesso rápido e seguro
<b>Método de Cálculo</b>	Número de pacientes aceitos dividido pelo numero de solicitações cadastradas para o hospital x 100
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Fonte dos dados</b>	Central de Regulação de Internação

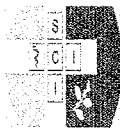
### 5.2: Tempo de Regulação

<b>Meta</b>	100% das solicitações respondidas em até 2 horas
<b>Objetivo</b>	Garantir acesso rápido e seguro
<b>Método de Cálculo</b>	Número de solicitações respondidas em até 2 horas dividido pelo numero de solicitações cadastradas para o hospital x 100
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Origem do dado</b>	Central de Regulação de Internação

### 5.3 :Acesso pela ARFT

<b>Meta</b>	<u>1º Quadrimestre:</u> 10-20% dos atendimentos por meio de opinião formativa  <u>A partir do 2º Quadrimestre:</u>
-------------	---

A



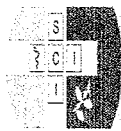
	15-40% dos atendimentos por meio de opinião formativa
<b>Objetivo</b>	Garantir acesso
<b>Método de Cálculo</b>	Número de atendimentos por meio de opinião formativa dividido pelo número de atendimentos realizados x 100
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Origem do dado</b>	ARFT - NERCE

**5.4: Prazo de atendimento das consultas da ARFT (Presencial ou por Telemedicina)**

<b>Meta</b>	<u>1º Quadrimestre:</u> 70% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II <u>A partir do 2º Quadrimestre:</u> 95% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II
<b>Objetivo</b>	Garantir acesso dentro do pactuado
<b>Método de Cálculo</b>	Número de atendimentos realizados dentro do prazo dividido pelo total de atendimentos x 100
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Origem do dado</b>	ARFT

**5.5: Fila Cirúrgica**

<b>Meta</b>	<u>1º Quadrimestre:</u> 70% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos <u>A partir do 2º Quadrimestre:</u> 95% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos
<b>Objetivo</b>	Garantir acesso dentro dos prazos: - Emergente: Até 6 horas - Urgente: Até 24 horas - Eletivo Urgente: Até 14 dias - Eletivo (Essencial): Até 90 dias



**SANTA CASA DE IÚNA**

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955

GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

	- Eletivo Não Essencial: Até 150 dias
<b>Método de Cálculo</b>	Número de cirurgias realizadas dentro do prazo dividido pelo total de cirurgias realizadas x 100
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Origem do dado</b>	Sistema de AIH Eletrônica

## 6 - EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO

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

<b>Meta</b>	- 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"><li>• Internação por causas sensíveis à atenção primária;</li><li>• Média de Permanência;</li><li>• Taxa de Reinternação;</li><li>• Condições Adquiridas.</li></ul>
<b>Objetivo</b>	Aumentar acesso pelo uso racional dos recursos
<b>Método de Cálculo</b>	Leitura de 100% dos prontuários com identificação, codificação DRG – emissão de relatório do sistema
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Responsável</b>	Comissão de Monitoramento do Convênio de Contratualização

## 7 - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

### 7.1 Acompanhamento dos pacientes após alta hospitalar

<b>Meta</b>	Acompanhamento, nos primeiros 30 dias, os pacientes de alta, de todas as clínicas, através de <i>call center</i> ou mensagens
-------------	---



**SANTA CASA DE IÚNA**

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955

GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

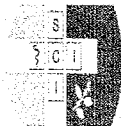
	eletrônicas com detecção de falhas de continuidade e ações para sua correção, conforme abaixo: 1º Quadrimestre: 20% das altas 2º Quadrimestre: 40% das altas 3º Quadrimestre: 80% das altas
<b>Objetivo</b>	Melhorar desfechos assistenciais pela melhoria dos processos de continuidade de cuidados
<b>Método de Cálculo</b>	Total de pacientes acompanhados 30 dias após a alta dividido pelo total de altas no período x 100
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Responsável</b>	Hospital

## 8 - AVALIAÇÃO E AUDITORIA

### 8.1 Cumprir as obrigações definidas no convênio de contratualização, avaliadas pela auditoria externa independente

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

A



**SANTA CASA DE IÚNA**

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955

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

**ANEXO C – CNES**

## Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 03/03/2023

CNES: 2650533 Nome Fantasia: SANTA CASA DE IUNA CNPJ: 27.553.841/0001-82  
Nome Empresarial: SOCIEDADE CIVIL SANTA CASA DE IUNA Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS  
Logradouro: AVENIDA PRESIDENTE TANCREDO NEVES Número: 381 Complemento: CONJUNTO  
Bairro: NITEROI Município: 320300 - IUNA UF: ES  
CEP: 29390-000 Telefone: (28)3545-1170 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 002  
Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: DUPLA  
Diretor Clínico/Gerente/Administrador: WILSON LOPES CARDOSO NETO  
Cadastrado em: 23/12/2002 Atualização na base local: 19/12/2022 Última atualização Nacional: 01/03/2023  
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
AMBULATORIAL	ATENCAO BASICA	MUNICIPAL

## Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	PLANO DE SAUDE PRIVADO
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	PLANO DE SAUDE PRIVADO
INTERNACAO	PARTICULAR
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
SADT	PARTICULAR
URGENCIA	SUS
URGENCIA	PARTICULAR

## Fluxo de clientela

03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

## Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE

009 - INTERNACAO



<b>Grupo &gt; Atividade Secundária</b>
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
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 > 012 - ATENCAO BASICA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 013 - ASSISTENCIA OBSTETRICA E NEONATAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 015 - ATENCAO HEMATOLOGICA E/OU HEMOTERAPICA

#### Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

#### Informações Gerais

##### Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
<b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>		
CONSULTORIOS MEDICOS	1	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO	1	2
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	2	4

AMBULATORIAL		
CLINICAS BASICAS	2	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	1	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE IMUNIZACAO	1	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	2
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	1	0
LEITOS RN PATOLOGICO	5	0
SALA DE CIRURGIA	2	2
SALA DE PARTO NORMAL	1	0
SALA DE PRE-PARTO	1	2
SALA DE RECUPERACAO	1	1

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	TERCEIRIZADO
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

Serviços especializados

Código	Serviço	Característica	Ambulatorial		Hospitalar	
			SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
117	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM

Comissões e

Descrição
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
ANALISE DE OBITOS E BIOPISIAS

MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL

FARMACIA E TERAPEUTICA

REVISAO DE PRONTUARIOS

NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2547821
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 007	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	9055029
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	9055029
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	9055029
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	9055029
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIAS	SIM	9055029
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	SIM	9055029
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	9055029
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2547821
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO

121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
117 - 002	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	TRATAMENTO EM QUEIMADOS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

#### Outros

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

#### Equipamentos/Rejeitos

##### Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
<b>EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM</b>			
Raio X ate 100 mA	1	1	SIM
Raio X para Densitometria Ossea	1	0	SIM
Ultrassom Convencional	1	1	SIM
<b>EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA</b>			
Grupo Gerador	1	1	SIM
<b>EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA</b>			
Berço Aquecido	3	2	SIM
Desfibrilador	3	2	SIM

Equipamento de Fototerapia	2	2	SIM
Incubadora	2	2	SIM
Monitor de ECG	6	6	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	4	4	SIM
Respirador/Ventilador	3	3	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
Endoscopia Digestiva	1	1	SIM

#### Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito			
RESIDUOS BIOLÓGICOS			
RESIDUOS QUÍMICOS			
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
ESPEC - CIRURGICO		
CIRURGIA GERAL	6	4
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	33	31
OBSTETRICO		
OBSTETRICA CIRURGICA	6	3
OBSTETRICA CLINICA	12	9
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	8	8

## Habilitações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Incentivos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: --

Motivo desativação: --