



CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 002/2022

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-KPPHC

20º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 002/2022, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE ESPÍRITO SANTO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, 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 Contratação 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 MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**, caracterizado como hospital filantrópico, inscrito no CNPJ sob o nº 27.187.087/0001-04, localizado à Rua Raulino de Oliveira, 67, Centro – Cachoeiro de Itapemirim – ES, doravante denominado(a) **CONVENIENTE**, neste ato representado por seu Representante Legal a **Sra. MARIA DA PENHA RODRIGUES D'ÁVILA**, inscrito no CPF: 557.761.677-87, residente e domiciliado à Rua Desembargador Augusto Botelho, 209 apartamento 401 – Praia da Costa – Vila Velha – ES – CEP:29101-110, resolvem celebrar o **20º TERMO ADITIVO** ao **CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO** para execução de ações e



serviços de saúde, tendo em vista o disposto na Constituição da República Federativa de 1988, na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, o art. 116 da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, Portaria MS/GM nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013 e Portarias de Consolidação nº 1, nº 2, nº 3 e nº 5, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria Estadual 076-R, de 19 de maio de 2022 e Portaria Estadual nº 042-R, de 14 de junho de 2023, que tratam das normas sobre as políticas nacionais e estadual de saúde do Sistema Único de Saúde, nas correspondentes Lei de Diretrizes Orçamentárias nº 11.867, de 19 de julho de 2023; LOA nº 12.024, de 26 de dezembro de 2023 e demais normas e legislação aplicáveis mediante as Cláusulas e condições que se seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1- O presente Termo Aditivo do Convênio de Contratualização que tem por objeto: **(a)** Incorporação de Recurso Financeiro referente a Portaria MS Nº 2.926 DE DEZEMBRO DE 2023 - Resolução CIB 037/2024, **(b)** Ampliação de serviços, **(c)** Acréscimo Financeiro de **R\$ 440.859,20** (quatrocentos e quarenta mil oitocentos e cinquenta e nove reais e vinte 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 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

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\$ 440.859,20** (quatrocentos e quarenta mil oitocentos e cinquenta e nove reais e vinte centavos).



6.1.1 - O Recurso Financeiro aplicado ao **Convênio de contratualização** inicial foi de **R\$ 91.544.110,05** (noventa e um milhões quinhentos e quarenta e quatro mil cento e dez reais e cinco centavos).

6.1.2 - O Recurso Financeiro aplicado ao **1º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.023.000,00** (um milhão e vinte e três mil reais).

6.1.3 - O Recurso Financeiro aplicado ao **2º Termo Aditivo** foi de **R\$ 287.779,47** (duzentos e oitenta e sete mil setecentos e setenta e nove reais e quarenta e sete centavos).

6.1.4 - O Recurso Financeiro aplicado ao **3º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.188.593,73** (um milhão, cento e oitenta e oito mil quinhentos e noventa e três reais e setenta e três centavos).

6.1.5 - O Recurso Financeiro aplicado ao **4º Termo Aditivo** foi de **R\$ 2.134.132,45** (dois milhões e cento e trinta e quatro mil e cento e trinta e dois reais e quarenta e cinco centavos).

6.1.6 - O Recurso Financeiro aplicado ao **5º Termo Aditivo** foi de **R\$ 7.628.675,84** (sete milhões e seiscentos e vinte e oito mil e seiscentos e setenta e cinco reais e oitenta e quatro centavos).

6.1.7 - O Recurso Financeiro aplicado ao **6º Termo Aditivo** foi de **R\$ 23.614.756,68** (vinte e três milhões e seiscentos e quatorze mil e setecentos e cinquenta e seis reais e sessenta e oito centavos).

6.1.8 - O Recurso Financeiro aplicado ao **7º Termo Aditivo** foi de **R\$ 6.540.180,10** (seis milhões e quinhentos e quarenta mil e cento e oitenta reais e dez centavos).

6.1.9 - O Recurso Financeiro aplicado ao **8º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.520.282,92** (um milhão e quinhentos e vinte mil e duzentos e oitenta e dois reais e noventa e dois centavos)

6.1.10 - O Recurso Financeiro aplicado ao **9º Termo Aditivo** foi de **R\$ 15.842.893,86** (quinze milhões e oitocentos e quarenta e dois mil e oitocentos e noventa e três reais e oitenta e seis centavos).



6.1.11 - O Recurso Financeiro aplicado ao **10º Termo Aditivo** foi de **R\$ 33.485.787,72** (trinta e três milhões e quatrocentos e oitenta e cinco mil e setecentos e oitenta e sete reais e setenta e dois centavos)

6.1.12 - O Recurso Financeiro aplicado ao **11º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.596.131,94** (um milhão e quinhentos e noventa e seis mil e cento e trinta e um reais e noventa e quatro centavos).

6.1.13 - O Recurso Financeiro aplicado ao **12º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.168.236,38** (um milhão, cento e sessenta e oito mil, duzentos e trinta e seis reais e trinta e oito centavos).

6.1.14 - O Recurso Financeiro aplicado ao **13º Termo Aditivo** será de **R\$ 465.357,84** (quatrocentos e sessenta e cinco mil, trezentos e cinquenta e sete reais e oitenta e quatro centavos).

6.1.15 - O Recurso Financeiro aplicado ao **14º Termo Aditivo** foi de **R\$ R\$ 465.175,70** (quatrocentos e sessenta e cinco mil, cento e setenta e cinco reais e setenta centavos).

6.1.15 - O Recurso Financeiro aplicado ao **15º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.396.462,00** (um milhão trezentos noventa e seis mil e quatrocentos e sessenta e dois reais).

6.1.16 - O Recurso Financeiro aplicado ao **16º Termo Aditivo** foi de **R\$ 16.303.889,01** (dezesseis milhões, trezentos e três mil, oitocentos e oitenta e nove reais e um centavo).

6.1.17 - O Recurso Financeiro aplicado ao **17º Termo Aditivo** foi de **R\$ 470.180,71** (quatrocentos e setenta mil, cento e oitenta reais e setenta e um centavos).

6.1.18 - O Recurso Financeiro aplicado ao **18º Termo Aditivo** foi de **R\$ 16.325.395,69** (dezesseis milhões, trezentos e vinte e cinco mil, trezentos e noventa e cinco reais e sessenta e nove centavos).

6.1.19 - O Recurso Financeiro aplicado ao **19º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.478.075,89** (um milhão quatrocentos e setenta e oito mil e setenta e cinco reais e oitenta e nove centavos).

6.1.20 - O Recurso Financeiro aplicado ao **20º Termo Aditivo** será de **R\$ 440.859,20** (quatrocentos e quarenta mil oitocentos e cinquenta e nove reais e vinte centavos).

6.2 - O detalhamento do repasse a partir do **20º Termo Aditivo** se dará da seguinte forma:



6.2.1 - Para a execução do convênio de contratualização, a CONVENIENTE receberá recursos financeiros de **R\$ 8.364.379,73** (oito milhões trezentos e sessenta e quatro mil trezentos e setenta e nove reais e setenta e três centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.

6.2.2- A parcela pré-fixada importa em **R\$ 7.166.469,09** (sete milhões cento e sessenta e seis mil quatrocentos e sessenta e nove reais e nove 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\$ 5.379.365,87** (cinco milhões trezentos e setenta e nove mil trezentos e sessenta e cinco reais e oitenta e sete centavos), conforme o quadro de detalhamento.

6.2.4 - Trinta por cento (30%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 1.787.103,22** (um milhão setecentos e oitenta e sete mil cento e três reais e vinte e dois centavos), conforme o quadro de detalhamento, é variável e vinculado ao cumprimento das metas de desempenho discriminadas no Documento Descritivo – DODE, com monitoramento e avaliação quadrimestral.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL			
PRÉ-FIXADO 70%	MENSAL	JULHO DE 2024	TOTAL (R\$)
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 2.535.249,30	R\$ 2.535.249,30	R\$ 2.535.249,30
LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- Recurso Estadual	R\$ 730.606,24	R\$ 730.606,24	R\$ 730.606,24
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 904.051,96	R\$ 904.051,96	R\$ 904.051,96
Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal	R\$ 573.652,54	R\$ 573.652,54	R\$ 573.652,54
INTEGRASUS - Recurso Federal	R\$ 42.314,95	R\$ 42.314,95	R\$ 42.314,95
Redes de Atenção as Urgências (Portaria N°1806 de 26/08/14)- Recurso Federal	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00
Redes de Atenção as Urgências (Portaria N°1806 de 26/08/14) - Leitos Qualificados de UTI- Recurso Federal	R\$ 193.490,88	R\$ 193.490,88	R\$ 193.490,88
PORTARIA GM MS N° 2.926 DE 29 DE DEZEMBRO DE 2024 -Resolução CIB 037/2024- Recurso Federal		R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00
SUB TOTAL RECURSO ESTADUAL - 70%	R\$ 3.265.855,54	R\$ 3.265.855,54	R\$ 3.265.855,54
SUB TOTAL RECURSO FEDERAL - 70%	R\$ 1.913.510,33	R\$ 2.113.510,33	R\$ 2.113.510,33
SUB TOTAL ESTADUAL + FEDERAL - 70%	R\$ 5.179.365,87	R\$ 5.379.365,87	R\$ 5.379.365,87
PRÉ-FIXADO 30%	MENSAL	JULHO DE 2024	TOTAL (R\$)
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 1.086.535,42	R\$ 1.086.535,42	R\$ 1.086.535,42
LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- Recurso Estadual	R\$ 313.116,96	R\$ 313.116,96	R\$ 313.116,96
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 387.450,84	R\$ 387.450,84	R\$ 387.450,84
SUB TOTAL RECURSO ESTADUAL - 30%	R\$ 1.399.652,38	R\$ 1.399.652,38	R\$ 1.399.652,38
SUB TOTAL RECURSO FEDERAL - 30%	R\$ 387.450,84	R\$ 387.450,84	R\$ 387.450,84
SUB TOTAL ESTADUAL + FEDERAL - 30%	R\$ 1.787.103,22	R\$ 1.787.103,22	R\$ 1.787.103,22
TOTAL RECURSO PRÉ FIXADO - ESTADUAL	R\$ 4.665.507,92	R\$ 4.665.507,92	R\$ 4.665.507,92
TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL	R\$ 2.300.961,17	R\$ 2.500.961,17	R\$ 2.500.961,17



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 6.966.469,09	R\$ 7.166.469,09	R\$ 7.166.469,09
COMPONENTE PÓS-FIXADO	MENSAL	JULHO DE 2024	TOTAL (R\$)
Consultas- Recurso estadual	R\$ 10.660,00	R\$ 10.660,00	R\$ 10.660,00
Exames - Recurso estadual	R\$ 29.366,20	R\$ 29.366,20	R\$ 29.366,20
Procedimentos de média e alta complexidade - Recurso Federal	R\$ 101.969,56	R\$ 101.969,56	R\$ 101.969,56
OPME's Alta complexidade - Recurso Estadual	R\$ 69.535,09	R\$ 69.535,09	R\$ 69.535,09
OPME's Não padronizadas na tabela SUS - Via Portaria 061-R/2023-Recurso Estadual	R\$ 499.648,10	R\$ 499.648,10	R\$ 499.648,10
FAEC Hospitalar - Recurso Federal	R\$ 16.326,28	R\$ 16.326,28	R\$ 16.326,28
FAEC – TRS- Recurso Federal	R\$ 470.405,41	R\$ 470.405,41	R\$ 470.405,41
TOTAL PÓS - FIXADO ESTADUAL	R\$ 609.209,39	R\$ 609.209,39	R\$ 609.209,39
TOTAL PÓS - FIXADO FEDERAL	R\$ 588.701,25	R\$ 588.701,25	R\$ 588.701,25
TOTAL PÓS - FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 1.197.910,64	R\$ 1.197.910,64	R\$ 1.197.910,64
TOTAL ESTADUAL	R\$ 5.274.717,31	R\$ 5.274.717,31	R\$ 5.274.717,31
TOTAL FEDERAL	R\$ 2.889.662,42	R\$ 3.089.662,42	R\$ 3.089.662,42
TOTAL DO CONVÊNIO	R\$ 8.164.379,73	R\$ 8.364.379,73	R\$ 8.364.379,73
TOTAL DO ADITIVO			R\$ 440.859,20

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

3.1- Continuum 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, de junho de 2024



CONCEDENTE:

ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde

CONVENENTE

MARIA DA PENHA RODRIGUES D'ÁVILA

Gestora do Hospital

TESTEMUNHAS:

1ª) _____

CPF:

2ª) _____

CPF:



DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **20º Termo Aditivo ao Convênio nº. 002/2022** 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 **20º Termo Aditivo ao Convênio nº. 002/2022** 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 1600312000 e/ou 2600000000 e/ou 2500100200 e/ou 2500100203 e/ou 2500100204 e/ou 2605000000 e/ou 2600312000 e/ou 1600311000 e/ou 1605000000 e/ou 2659000011.

Vitória, de junho 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 – 20º TERMO ADITIVO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 002/2022
PROCESSO E-DOCS: 2022-KPPHC
PERÍODO DE EXECUÇÃO - 07/2024

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-KPPHC

ESTRUTURA ADMINISTRATIVA:

PRESIDENTE

Dom Luiz Fernando Lisboa

VICE-PRESIDENTE

Nercedes Canal

PROVEDORA

Maria da Penha Rodrigues D'Ávila

SUPERINTENDENTE

Afrânio Emílio Carvalho da Silva

DIRETOR TÉCNICO/ DIRETOR CLÍNICO

Thiago Fernandes Nora

SUMÁRIO

I – IDENTIFICAÇÃO	04
II – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL	05
III – CNES	05
IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS	06
V – PERFIL ASSISTENCIAL	06
VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS	06
VII – ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS	08
VIII – METAS ASSISTENCIAIS	08
IX – DETALHAMENTO DAS METAS DISPONIBILIZADAS PARA O COMPLEXO REGULADOR	09
X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO	11
XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS.	15
APROVAÇÃO	16
ANEXOS	17

I - IDENTIFICAÇÃO

Convenente			CNPJ	
Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim			27.187.087.0001/04	
Endereço		Município	UF	CEP
Rua Raulino de Oliveira, 67 - Centro		Cach. De Itapemirim	ES	29.300-150
Macrorregião	Microrregião	SRS	CNES	
Sul	Cachoeiro de Itapemirim	Cachoeiro de Itapemirim	248560	
Telefone	Fax	E-mail		
(28) 2101-2121	(28) 2101- 2146	diretoria@santacasacachoeiro.org.br		
Nome do Responsável				
Maria da Penha Rodrigues D'Ávila				
CPF	Função	Período de execução		
557.761.677-87	Provedoria			
CI	Órgão expedidor	07/2024		
217.892	SSP ES			
Banco	Agência	Conta Corrente	Praça	
Banestes	115	35.241.413	Cachoeiro de Itapemirim	
BANCO P/PISO DA ENF	Agência	Conta Corrente	Praça	
CAIXA ECONOMICA	4256	780-1	Cachoeiro de Itapemirim	

Missão
“Cuidar da vida por meio de uma assistência médica e hospitalar segura, humanizada, com compromisso ético e cristão”.
Visão
“Ser um hospital sustentável, com excelência no atendimento, gerando conhecimento e pesquisa”.
Valores
Misericórdia, segurança, humanização, respeito e dignidade, credibilidade, empreendedorismo e sustentabilidade.
Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:
Hospital credenciado no Sistema Estadual Hospitalar em atendimento de Urgência e Emergência, com porta aberta 24 horas no Pronto Socorro e referência em traumato-ortopedia, com atendimento hospitalar e ambulatorial.
Área de Abrangência
O hospital é referência de atendimento para os municípios da macrorregião sul, estimando uma população de 806.107 mil habitantes (Censo 2020 – IBGE), para 26 municípios, conforme o perfil de referência estadual hospitalar da região sul.

Tipo de Estabelecimento	<input checked="" type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Especializado
Natureza	<input type="checkbox"/> Público <input checked="" type="checkbox"/> Filantrópico <input type="checkbox"/> Privado
Número de Leitos - CNES	Geral: 219 SUS: 174
Número de Leitos Complementar (UTI) - CNES	Geral: SUS: 10
Tipo de Leitos de UTI SUS	<input checked="" type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Pediátrico <input 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 10 LEITOS SALA VERMELHA <input checked="" type="checkbox"/> Referenciado
Serviço de Maternidade	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Se sim, habilitado-GAR <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Habilitação em Alta Complexidade	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quais: Traumato-Ortopedia
Inserção nas Redes de Atenção a Saúde	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quais. Rede RUE
Classificação do Porte Hospitalar	<input type="checkbox"/> Estruturante <input checked="" type="checkbox"/> Estratégico <input type="checkbox"/> Apoio e/ou Maternidade <input type="checkbox"/> Apoio – Potencial Cirurgias Eletivas

II - CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

III – CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES

A descrição da estrutura física, tecnológica, necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização encontra-se no **Anexo C**.

IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este Documento Descritivo foi elaborado com o objetivo de formalizar a parceria para realização de serviços, ações e atividades de saúde no âmbito da Portaria MS 3410/2013 em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS/ES e, a Política Estadual de Contratualização definida pela Portaria Estadual nº042-R, de 14 de junho de 2023 que altera e atualiza a Portaria nº076-R/2022.

Para compor a estrutura do Documento, foram considerados os seguintes aspectos:

- Definição de todas as ações e serviços de saúde nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital;
- A definição do perfil assistencial dos hospitais;
- A definição das metas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratualizados;
- A definição das metas qualitativas e desempenho na prestação das ações e serviços contratualizados;
- A descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização;
- A definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho;
- A definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização, conforme planilha descrita – Recursos Orçamentários;
- As atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar, em especial aqueles referentes a (ao):
 - . Monitoramento e desempenho hospitalar;
 - . Prática de atenção humanizada aos usuários;
 - . Trabalho de equipe multidisciplinar;

V – PERFIL ASSISTENCIAL

O Perfil Assistencial poderá ser alterado de acordo com a necessidade das redes assistenciais, que passará a ter validade com a publicação no site da Secretaria de Estado da Saúde.

VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

A composição do valor total será formada por uma parte pré-fixada, e outra pós-fixada:

- 1) **PRÉ-FIXADA:** tem como base a capacidade instalada e o perfil assistencial da unidade hospitalar, vinculada a:
 - I. habilitação, qualificação e disponibilidade de leitos para a regulação;
 - II. qualificação e disponibilidade de leitos de sala vermelha – Pronto Socorro;
 - III. incentivos federais nos termos das respectivas normas e efetivação de repasses federais.

A quantidade e proporção de leitos a serem habilitados, qualificados e contratualizados serão definidos pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com a necessidade e o perfil assistencial da unidade hospitalar contratualizada, com deliberação da Comissão Intergestores Bipartite CIB/ES e publicação de Resolução.

O valor de habilitação pela Secretaria de Estado da Saúde, é independente da habilitação federal, sendo que eventuais recursos federais, obtidos pela habilitação dos leitos junto à união, poderão compor fonte pagadora para subsídio dos valores já definidos pela presente política estadual.

Os hospitais deverão disponibilizar leitos de sala vermelha no Pronto Socorro, de acordo com a avaliação da área técnica da Urgência e Emergência da SESA, e se adequar no prazo estabelecido pela RUE.

- 2) **PÓS-FIXADA:** será contabilizada por produção e definida com base nas tabelas de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde e na Tabela Estadual de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, vinculada aos seguintes critérios:

- I. procedimentos ambulatoriais de consultas, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, referentes à linha de cuidado definido na grade de referência e perfil assistencial de cada unidade hospitalar;
- II. Procedimentos hospitalares de oftalmologia e outros a serem classificados;
- III. procedimentos ambulatoriais e hospitalares financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações – FAEC;

IV. Órtese, Próteses e Materiais Especiais – OPME – de procedimentos de alta complexidade padronizados na tabela SUS;

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

8.1 – Internação (Âmbito Hospitalar)

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

TIPO DE LEITOS	Nº LEITOS
Clínica Médica – Enfermaria Adulto	36
Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto	29
Clínica Cirúrgica Ortopédica – Enfermaria	65
UTI Adulto	39
TOTAL	169

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.

8.2 - Atendimento à Urgências

8.2.1 Sala Vermelha

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

TIPO DE LEITO	Nº LEITOS
U/E Sala Vermelha	13

IX – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL AMBULATORIAL

9.1 CRITÉRIOS E METAS

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

Toda oferta de consultas e exames especializados deverão estar disponíveis para a GRAE. Sendo 60% da agenda para primeira consulta e 40% para retorno, salvo alguns itens de agendamento específicos que necessitam de um volume maior de retorno, assim pactuado entre as partes e disponibilizado em anexo ao instrumento contratual, ou conforme fluxo estabelecido pela SESA em documento específico;

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

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

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

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

9.1.1 ESPECIALIDADES DE NÍVEL AMBULATORIAL

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

9.1.2 – TABELA DE VALOR DA CONSULTA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

RECURSO ESTADUAL							
Item Agendamento	Oferta Mensal Contratual (Quantidade)	Quantidade 1º Vez (Acesso)	Autogestão	Tabela Sigtap - Valor Unitário	Tabela Sigtap - Valor Total	Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Unitário	Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Total
CONSULTA EM CIRURGIA GERAL MEDIA COMPLEXIDADE	100	40	60	R\$ 10,00	R\$ 1.000,00	R\$ 20,00	R\$ 2.000,00
CONSULTA EM CARDIOLOGIA PARA RISCO CIRÚRGICO	120	0	120	R\$ 10,00	R\$ 1.200,00	R\$ 20,00	R\$ 2.400,00
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA ALTA COMPLEXIDADE	70	28	42	R\$ 10,00	R\$ 700,00	R\$ 20,00	R\$ 1.400,00
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA JOELHO ADULTO	70	28	42	R\$ 10,00	R\$ 700,00	R\$ 20,00	R\$ 1.400,00
CONSULTA EM CIRURGIA	33	13,2	19,8	R\$ 10,00	R\$ 330,00	R\$ 20,00	R\$ 660,00

ORTOPEDIA MAO GERAL							
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA OMBRO ADULTO	20	8	12	R\$ 10,00	R\$ 200,00	R\$ 20,00	R\$ 400,00
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA PÉ E TORNOZEL O ADULTO	20	8	12	R\$ 10,00	R\$ 200,00	R\$ 20,00	R\$ 400,00
CONSULTA EM NEFROLOGIA ADULTO	60	24	36	R\$ 30,00	R\$ 1.800,00	R\$ 20,00	R\$ 1.200,00
CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR ADULTO	40	20	20	R\$ 30,00	R\$ 1.200,00	R\$ 20,00	R\$ 800,00
	533						R\$ 10.660,00
Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.							
* Valor unitario estabelecido através da portaria Nº 083-R, DE 01 DE OUTUBRO DE 2019							

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

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 conforme especificado:

Grupo	Subgrupo	Item Agendamento	Oferta Mensal Contratual (Quantidade)
	05-Diagnóstico por Ultrassonografia	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	5

02- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica		ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO (RINS, BEXIGA)	5
		ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	30
	09-Diagnóstico por Endoscopia	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA ADULTO	200
		COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	30

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 CONVENENTE 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

10.1 - CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS METAS

O desempenho da CONVENIADA, por meio do Score estabelecidos no item 10.2, será acompanhado e apurado mensalmente pela Comissão de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação do Convênio, sendo consolidado a cada 04 (quatro) meses.

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

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

10.2 INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO HOSPITALAR GERAL

A Ficha Técnica de cada indicador do Score consta no **Anexo B**

DESCRIÇÃO	META	SCORE MÁXIMO
1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS		5,0

<p>1.1. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)</p>	<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><u>Hospitais Estruturantes:</u> ONA nível I em 18 meses ONA nível 2 em 30 meses, ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter.</p> <p><u>Hospitais Estratégicos:</u> Certificação ONA 1 em 18 meses</p> <p><u>Hospitais de Apoio:</u> Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses. Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma</p>	<p>5,0</p>
<p>2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS</p>		<p>5,0</p>
<p>2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial</p>	<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>	<p>5,0</p>
<p>3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL</p>		<p>15,0</p>
<p>3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar</p>	<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; 	<p>10,0</p>

	-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. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO		5,0
4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada prioritariamente pela metodologia do NPS (Net Promoter Score).	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		45,0
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 no sistema de regulação.	10,0
5.5 . Acesso aos Exames Especializada	100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas no sistema de regulação.	10,0
5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas	Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas $\leq 8\%$ Atingir percentual: <ul style="list-style-type: none"> • $\leq 8,0\%$ - 5,0 pontos; • 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos; • $\geq 10,0\%$ – zero. 	5,0
6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO		25,0
6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência.	- Alcançar e manter em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência).	15,0
6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação.	Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir \leq a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação.	5,0
6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas.	Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir \leq a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas.	5,0
TOTAL		100,0

XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL			
PRÉ-FIXADO 70%	MENSAL	JULHO DE 2024	TOTAL (R\$)
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 2.535.249,30	R\$ 2.535.249,30	R\$ 2.535.249,30
LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- Recurso Estadual	R\$ 730.606,24	R\$ 730.606,24	R\$ 730.606,24
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 904.051,96	R\$ 904.051,96	R\$ 904.051,96
Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal	R\$ 573.652,54	R\$ 573.652,54	R\$ 573.652,54
INTEGRASUS - Recurso Federal	R\$ 42.314,95	R\$ 42.314,95	R\$ 42.314,95
Redes de Atenção as Urgências (Portaria N°1806 de 26/08/14)- Recurso Federal	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00
Redes de Atenção as Urgências (Portaria N°1806 de 26/08/14) - Leitos Qualificados de UTI- Recurso Federal	R\$ 193.490,88	R\$ 193.490,88	R\$ 193.490,88
PORTARIA GM MS N° 2.926 DE 29 DE DEZEMBRO DE 2024 -Resolução CIB 037/2024- Recurso Federal		R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00
SUB TOTAL RECURSO ESTADUAL - 70%	R\$ 3.265.855,54	R\$ 3.265.855,54	R\$ 3.265.855,54
SUB TOTAL RECURSO FEDERAL - 70%	R\$ 1.913.510,33	R\$ 2.113.510,33	R\$ 2.113.510,33
SUB TOTAL ESTADUAL + FEDERAL - 70%	R\$ 5.179.365,87	R\$ 5.379.365,87	R\$ 5.379.365,87
PRÉ-FIXADO 30%	MENSAL	JULHO DE 2024	TOTAL (R\$)
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 1.086.535,42	R\$ 1.086.535,42	R\$ 1.086.535,42
LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- Recurso Estadual	R\$ 313.116,96	R\$ 313.116,96	R\$ 313.116,96
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 387.450,84	R\$ 387.450,84	R\$ 387.450,84
SUB TOTAL RECURSO ESTADUAL - 30%	R\$ 1.399.652,38	R\$ 1.399.652,38	R\$ 1.399.652,38
SUB TOTAL RECURSO FEDERAL - 30%	R\$ 387.450,84	R\$ 387.450,84	R\$ 387.450,84

SUB TOTAL ESTADUAL + FEDERAL - 30%	R\$ 1.787.103,22	R\$ 1.787.103,22	R\$ 1.787.103,22
TOTAL RECURSO PRÉ FIXADO - ESTADUAL	R\$ 4.665.507,92	R\$ 4.665.507,92	R\$ 4.665.507,92
TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL	R\$ 2.300.961,17	R\$ 2.500.961,17	R\$ 2.500.961,17
TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 6.966.469,09	R\$ 7.166.469,09	R\$ 7.166.469,09
COMPONENTE PÓS-FIXADO	MENSAL	JULHO DE 2024	TOTAL (R\$)
Consultas- Recurso estadual	R\$ 10.660,00	R\$ 10.660,00	R\$ 10.660,00
Exames - Recurso estadual	R\$ 29.366,20	R\$ 29.366,20	R\$ 29.366,20
Procedimentos de média e alta complexidade - Recurso Federal	R\$ 101.969,56	R\$ 101.969,56	R\$ 101.969,56
OPME's Alta complexidade - Recurso Estadual	R\$ 69.535,09	R\$ 69.535,09	R\$ 69.535,09
OPME's Não padronizadas na tabela SUS - Via Portaria 061-R/2023-Recurso Estadual	R\$ 499.648,10	R\$ 499.648,10	R\$ 499.648,10
FAEC Hospitalar - Recurso Federal	R\$ 16.326,28	R\$ 16.326,28	R\$ 16.326,28
FAEC – TRS- Recurso Federal	R\$ 470.405,41	R\$ 470.405,41	R\$ 470.405,41
TOTAL PÓS - FIXADO ESTADUAL	R\$ 609.209,39	R\$ 609.209,39	R\$ 609.209,39
TOTAL PÓS - FIXADO FEDERAL	R\$ 588.701,25	R\$ 588.701,25	R\$ 588.701,25
TOTAL PÓS - FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 1.197.910,64	R\$ 1.197.910,64	R\$ 1.197.910,64
TOTAL ESTADUAL	R\$ 5.274.717,31	R\$ 5.274.717,31	R\$ 5.274.717,31
TOTAL FEDERAL	R\$ 2.889.662,42	R\$ 3.089.662,42	R\$ 3.089.662,42
TOTAL DO CONVÊNIO	R\$ 8.164.379,73	R\$ 8.364.379,73	R\$ 8.364.379,73
TOTAL DO ADITIVO			R\$ 440.859,20

APROVAÇÃO

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de **R\$ 8.364.379,73** (oito milhões trezentos e sessenta e quatro mil trezentos e setenta e nove reais e setenta e três 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**
CI: 217.892 - Órgão Expedidor: SSP - ES
CPF: 557.761.677-87

Assinatura

Vitória, de junho de 2024

ANEXOS

ANEXO A - ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

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

ANEXO C – CNES

ANEXO D – PLANO DE TRABALHO

ANEXO A - ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

LEITOS HOSPITALARES

RECURSO ESTADUAL				
TIPO DE LEITOS	Nº LEITOS MENSAL	QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS	VALOR DIÁRIA DE LEITO	VALOR TOTAL MENSAL
Clínica Médica – Enfermaria Adulto	36	984,96	R\$ 700,00	R\$ 689.472,00
Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto	29	749,36	R\$ 782,00	R\$ 585.999,52
Clínica Cirúrgica Ortopédica – Enfermaria	65	1679,6	R\$ 1.286,00	R\$ 2.159.965,60
UTI Adulto	39	1067,04	R\$ 1.385,00	R\$ 1.477.850,40
TOTAL	169			R\$ 4.913.287,52
TIPO DE LEITOS	Nº LEITOS MENSAL	QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS	VALOR DIÁRIA DE LEITO	VALOR TOTAL MENSAL
U/E Sala Vermelha	13	395,2	R\$ 2.641,00	R\$ 1.043.723,20
TOTAL	13		R\$ 2.641,00	R\$ 1.043.723,20
	182			R\$ 5.957.010,72
TOTAL DE LEITOS ESTIMADO DA MEDIA DE LEITOS FEDERAIS				R\$ 1.291.502,80
TOTAL DE LEITOS ESTADUAIS - LEITOS FEDERAIS				R\$ 3.621.784,72



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONSULTAS

RECURSO ESTADUAL							
Código do Procedimento 03.01.01.00-72 - Ambulatório Especializado	Oferta Mensal Contratual (Quantidade)	Quantidade 1º Vez (Acesso)	Autogestão	Tabela Sigtap - Valor Unitário	Tabela Sigtap - Valor Total	Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Unitário	Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Total
CONSULTA EM CIRURGIA GERAL MEDIA COMPLEXIDADE	100	40	60	R\$ 10,00	R\$ 1.000,00	R\$ 20,00	R\$ 2.000,00
CONSULTA EM CARDIOLOGIA PARA RISCO CIRÚRGICO	120	0	120	R\$ 10,00	R\$ 1.200,00	R\$ 20,00	R\$ 2.400,00
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA ALTA COMPLEXIDADE	70	28	42	R\$ 10,00	R\$ 700,00	R\$ 20,00	R\$ 1.400,00
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA JOELHO ADULTO	70	28	42	R\$ 10,00	R\$ 700,00	R\$ 20,00	R\$ 1.400,00
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA MAO GERAL	33	13,2	19,8	R\$ 10,00	R\$ 330,00	R\$ 20,00	R\$ 660,00
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA OMBRO ADULTO	20	8	12	R\$ 10,00	R\$ 200,00	R\$ 20,00	R\$ 400,00
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA PÉ E TORNOZELO ADULTO	20	8	12	R\$ 10,00	R\$ 200,00	R\$ 20,00	R\$ 400,00
CONSULTA EM NEFROLOGIA ADULTO	60	24	36	R\$ 30,00	R\$ 1.800,00	R\$ 20,00	R\$ 1.200,00
CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR ADULTO	40	20	20	R\$ 30,00	R\$ 1.200,00	R\$ 20,00	R\$ 800,00
	533						R\$ 10.660,00

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-KPPHC

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

* Valor unitario estabelecido através da portaria Nº 083-R, DE 01 DE OUTUBRO DE 2019

EXAMES

RECURSO ESTADUAL /FEDERAL

Item Agendamento	Código do Procedimento / Forma Organizacional	Oferta Mensal Contratual (Quantidade)	Quantidade 1º Vez (Acesso)	Autogestão	Tabela Sigtap - Valor Unitário	Tabela Sigtap - Valor Total	Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Unitário	Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Total
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	02.05.02	5	5	0	R\$ 24,20	R\$ 121,00	R\$ 24,20	R\$ 121,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO (RINS,BEXIGA)	02.05.02	5	5	0	R\$ 24,20	R\$ 121,00	R\$ 24,20	R\$ 121,00
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	02.05.02	30	20	10	R\$ 39,60	R\$ 1.188,00	R\$ 85,40	R\$ 2.562,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA ADULTO	02.09.01.003-7	200	200	0	R\$ 48,16	R\$ 9.632,00	R\$ 99,34	R\$ 19.868,00
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	02.09.01.002-9	30	30	0	R\$ 112,66	R\$ 3.379,80	R\$ 223,14	R\$ 6.694,20
R\$ 29.366,20								



S.I.A DE MEDIA

RECURSO FEDERAL							
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/ mês	Acesso 1º vez	Autogestão	Valor	Valor/mês
02- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	03-Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatologia	01-Exames Citopatológicos	400			R\$ 13,72	R\$ 5.488,00
		02-Exames Anatomopatológicos	23			R\$ 24,00	R\$ 552,00
	09-Diagnóstico por Endoscopia	01-Aparelho Digestivo - Endoscopia	200	200		R\$ 48,16	R\$ 9.632,00
		Aparelho Digestivo - Colonoscopia	30	30		R\$ 112,66	R\$ 3.379,80
	11-Métodos Diagnósticos em Especialidades	02-Diagnóstico em Cardiologia	135			R\$ 5,15	R\$ 695,25
	12-Diagnóstico e Proc. Esp. em Hemoterapia	01-Exames Doador/Receptor - Exames Imunohematológicos em Doador de Sangue	590			R\$ 15,00	R\$ 8.850,00
		02-Procedimentos Especiais em Hemoterápica - Preparo de Componentes Aliquotados	85			R\$ 5,00	R\$ 425,00
		02-Procedimentos Especiais em Hemoterápica - Processamento de Sangue	1.000			R\$ 10,15	R\$ 10.150,00
	03-Tratamentos Clínicos Especializados	09-Tratamento de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	247			R\$ 41,17	R\$ 10.168,99

	05-Diagnóstico por Ultrassonografia	01-ULTRASSONOGRÁFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	30	20	10	R\$ 39,60	R\$ 1.188,00
		02-ULTRASSONOGRÁFIA DE APARELHO URINÁRIO (RINS,BEXIGA)	5	5		R\$ 24,20	R\$ 121,00
		02-ULTRASSONOGRÁFIA DE ABDOMEN TOTAL	5	5		R\$ 24,20	R\$ 121,00
03 - Procedimentos clínicos	01 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	01.007-2 - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	533	169	364	R\$ 10,00	R\$ 5.330,00
	06-Hemoterapia	01-Coleta de Sangue p/ Transfusão	590			R\$ 22,00	R\$ 12.980,00
		01-Triagem Clínica de Doador(a) de Sangue	680			R\$ 10,00	R\$ 6.800,00
		02-Medicina Transfusional	35			R\$ 8,09	R\$ 283,15
04-Procedimentos Cirúrgicos	01-Pequenas Cirurgias e Cirurgias de Pele, Tecido Subcutâneo e Mucosa	01-Pequenas Cirurgias	360			R\$ 29,65	R\$ 10.674,00
	04-Cirurgia das Vias Aéreas Superiores, da Cabeça e do Pescoço	01-Cirurgias de Ouvido, Nariz e Garganta	1			R\$ 48,24	R\$ 48,24
		02-Cirurgia da Face e do Sistema Estomatognático	1			R\$ 33,01	R\$ 33,01
	06-Cirurgia do Aparelho Circulatório	Cirurgia Vascular	1			R\$ 27,45	R\$ 27,45
	07-Cirurgia do Aparelho Digestivo e Anexos	01-Esôfago, estômago e duodeno - Retirada de Pólipo	5			R\$ 29,84	R\$ 149,20
		02-Intestino, Reto e Ânus	1			R\$ 10,22	R\$ 10,22
		04-Parede e Cavidade Abdominal	2			R\$ 12,27	R\$ 24,54
	08-Cirurgia do Sistema Osteomuscular	01-Cintura Escapular	20			R\$ 43,84	R\$ 876,80
		02-Membros Superiores	50			R\$ 30,06	R\$ 1.503,00
05-Membros Inferiores		30			R\$ 43,39	R\$ 1.301,70	
06-Gerais		10			R\$ 28,42	R\$ 284,20	

	09 - Cirurgia do Aparelho geniturinário	04-Bolsa Escrotal, Testículos e Cordão Espermático	1			R\$ 20,01	R\$ 20,01
		05-Pênis	1			R\$ 20,39	R\$ 20,39
		07-Vagina, Vulva e Períneo	1			R\$ 19,59	R\$ 19,59
	10-Cirurgia de Mama	01-Mama	1			R\$ 20,74	R\$ 20,74
	14-Cirurgia Oro-Facial	01-Buco-Maxilo-Facial	1			R\$ 21,01	R\$ 21,01
	15-Outras Cirurgias	04-Procedimentos Cirúrgicos Gerais	1			R\$ 29,86	R\$ 29,86
	17-Anestesiologia	01-Anestesias	1			R\$ 22,27	R\$ 22,27
			5.076				R\$91.250,42

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

SIA DE ALTA COMPLEXIDADE

RECURSO ESTADUAL					
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/ mês	Valor Unitário	Valor/mês
02- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	06 - Diagnóstico por Tomografia	01 - Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral	43	95,10	4.089,30
		02 - Tórax e Membros Superiores	17	111,58	1.896,86
		03 - Abdômen, Pelve e Membros Inferiores	42	112,69	4.732,98
TOTAL			102		10.719,14

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

OPME's ALTA COMPLEXIDADE

RECURSO ESTADUAL			
Forma Organ Secund.	MÉDIA MENSAL	VALOR UNIT.	VALOR MÊS
070201 OPME em Neurocirurgia	2	R\$ 525,02	R\$ 1.050,04
070203 OPME em Ortopedia	90	R\$ 663,95	R\$ 59.755,50
070205 OPME Comuns	15	R\$ 581,97	R\$ 8.729,55
Total	153		R\$ 69.535,09

OPME's NÃO PADRONIZADAS-PORTARIA N° 061-R, 31/07/2023

ITEM PORTARIA N° 061-R, 31/07/2023	PROCEDIMENTO	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR MÊS
		MÊS		
1	FIO GUIA TIPO AMPLATZ	0	R\$ 350,00	R\$ 0,00
2	FIO GUIA TIPO AMPLATZ SUPER STIFF	0	R\$ 350,00	R\$ 0,00
3	FIO GUIA TIPO LUNDERQUIST	0	R\$ 517,00	R\$ 0,00
4	INTRODUTOR CONTRA LATERAL	0	R\$ 805,70	R\$ 0,00
5	INTRODUTOR ARAMADO	0	R\$ 850,00	R\$ 0,00
6	CATETER SUPORTE	0	R\$ 450,00	R\$ 0,00
7	CATETER PIG TAIL CENTIMENTRADO	0	R\$ 700,00	R\$ 0,00
8	CATETER TERAPÊUTICO	0	R\$ 3.080,85	R\$ 0,00

PROCESSO E-DOCS N°: 2022-KPPHC

9	CATETER CIRCULAR DUPLO LOOP	0	R\$ 2.765,75	R\$ 0,00
10	CATETER IRRIGADO TERAPÊUTICO UNIDIRECIONAL TIPO FLEXABILITY	0	R\$ 5.800,97	R\$ 0,00
11	CATETER IRRIGADO TERAPEUTICO UNIDIRECIONAL "FORÇA DE CONTATO"	0	R\$ 5.862,00	R\$ 0,00
12	CATETER DE ABLAÇÃO IRRIGADO TERAPEUTICO BIDIRECIONAL COM SENSOR DE CONTATO	0	R\$ 11.764,50	R\$ 0,00
13	DISPOSITIVO DE INSUFLAÇÃO	0	R\$ 230,00	R\$ 0,00
14	KIT RETIRADA DE FILTRO DE VEIA CAVA	0	R\$ 3.500,00	R\$ 0,00
15	BAINHA TRANSEPTAL TIPO AGILIS	0	R\$ 1.765,00	R\$ 0,00
16	EQUIPO DE BOMBA DE ALTO FLUXO	0	R\$ 450,00	R\$ 0,00
17	KIT ELETRODOS DE REFERÊNCIA PARA ENSITE	0	R\$ 1.944,65	R\$ 0,00
18	COLA BIOLÓGICA TIPO BIOGLUE 3ML	0	R\$ 3.108,00	R\$ 0,00
19	COLA BIOLÓGICA TIPO GLUBRAN 1ML	0	R\$ 2.500,00	R\$ 0,00
20	FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA TIPO SMITH NEPHEW	0	R\$ 300,00	R\$ 0,00
21	DISPOSITIVO DE FECHAMENTO VASCULAR TIPO PROGLIDE OU ANGIOSEAL	0	R\$ 1.000,00	R\$ 0,00
22	INTRODUTOR BAINHA LONGA	0	R\$ 900,00	R\$ 0,00
23	ESFERAS DE NEURONAVEGAÇÃO -F NEURONAVEGADOR (Equipamento)	0	R\$ 10.380,00	R\$ 0,00
24	TELA MALEÁVEL DE TITÂNIO	0	R\$ 2.070,00	R\$ 0,00
25	SELANTE DURAL	0	R\$ 11.800,00	R\$ 0,00
26	FIO GUIA TIPO CONFIDA OU SAFARI	0	R\$ 191,00	R\$ 0,00
27	COMPLEXO PROTROMBÍNICO TOTAL (FATORES II, VII, IX E X DE COAGULAÇÃO) 600UI TIPO PROTHROMPLEX-T 600UI	0	R\$ 1.766,44	R\$ 0,00
28	KIT SELANTE DE FIBRINA (FIBRINOGEN, APROTIN, TROMBINA) 5ML	0	R\$ 1.521,02	R\$ 0,00
29	KIT SELANTE DE FIBRINA (FIBRINOGEN, APROTIN, TROMBINA) 4ML	0	R\$ 1.297,14	R\$ 0,00

30	TISSEEL VHSD TROMBINA FIBRINOGENIO APROTININA	0	R\$ 607,30	R\$ 0,00
31	ENDOPRÓTESE VASCULAR TIPO STENT-GRAFT-DOMINUS	0	R\$ 25.000,00	R\$ 0,00
32	ESTABILIZADOR CARDÍACO TIPO OCTOPUS	0	R\$ 3.200,00	R\$ 0,00
33	KIT PARA REALIZAÇÃO DE IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VÁLVULA AÓRTICA - TIPO SAPIEN	0	R\$ 84.000,00	R\$ 0,00
34	KIT PARA REALIZAÇÃO DE IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VÁLVULA AÓRTICA - TIPO EVOLUT	0	R\$ 80.990,00	R\$ 0,00
35	KIT PARA REALIZAÇÃO DE IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VÁLVULA AÓRTICA - TIPO MYVAL	0	R\$ 80.000,00	R\$ 0,00
36	CATETER MULTIPOLAR TERAPEUTICO (QUADRI, DECA, DUODECAPOLAR, ETC Possui na tabela SUS (07.02.04.014-2) - sem compatibilidade para eletrofisiologia. Pagamento no valor da tabela SUS até o MS corrigir a cobrança no faturamento.	0	R\$ 1.734,61	R\$ 0,00
37	CATETER DE ABLAÇÃO 4 mm	0	R\$ 3.383,78	R\$ 0,00
38	PINÇA ULTRASSÔNICA PARA CIRURGIA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA	0	R\$ 2.000,00	R\$ 0,00
39	AGULHA ENDOSCÓPICA	0	R\$ 600,00	R\$ 0,00
40	BALÃO DE DILATAÇÃO	0	R\$ 470,00	R\$ 0,00
41	BALÃO EXTRATOR DE CÁLCULOS	0	R\$ 350,00	R\$ 0,00
42	CATETER PARA DRENAGEM BILIAR	0	R\$ 400,00	R\$ 0,00
43	FIO GUIA PANCREATO BILIAR	0	R\$ 300,00	R\$ 0,00
44	PAPILOTOMO TIPO TRIPLO LUMEN OU FACA	0	R\$ 400,00	R\$ 0,00
45	PRÓTESE DE VIA BILIAR	0	R\$ 300,00	R\$ 0,00
46	CESTO EXTRATOR DE CÁLCULO RENAL, URETERAL E BILIAR	0	R\$ 500,00	R\$ 0,00
47	PROTESE TOTAL PRIMARIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - ACETABULO METALICO X LINER DE POLIETILENO X CABEÇA CERAMICA	5	R\$ 6.660,00	R\$ 33.300,00

48	PROTESE TOTAL PRIMARIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - ACETABULO METALICO X LINER DE CERAMICA X CABEÇA METALICA	2	R\$ 9.600,00	R\$ 19.200,00
49	PROTESE TOTAL PRIMARIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - ACETABULO METALICO X LINER DE CERAMICA X CABEÇA CERAMICA	1	R\$ 10.500,00	R\$ 10.500,00
50	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL+ ACETABULOS METALICOS JUMBOS X POLIETILENO	1	R\$ 12.800,00	R\$ 12.800,00
51	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER MONOBLOCO DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA METALICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	2	R\$ 48.000,00	R\$ 96.000,00
52	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	1	R\$ 52.000,00	R\$ 52.000,00
53	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER CERAMICA + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	0	R\$ 58.000,00	R\$ 0,00
54	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA METALICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	0	R\$ 55.341,44	R\$ 0,00

55	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	0	R\$ 60.000,00	R\$ 0,00
56	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER CERAMICA + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	0	R\$ 64.000,00	R\$ 0,00
57	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS - LINER POLIETILENO + CABEÇA METALICA	0	R\$ 48.000,00	R\$ 0,00
58	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS - LINER POLIETILENO + CABEÇA CERAMICA	0	R\$ 52.000,00	R\$ 0,00
59	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS - LINER CERAMICA + CABEÇA CERAMICA	0	R\$ 56.000,00	R\$ 0,00
60	CUNHAS DE TRABECULADO METALICA PARA DEFEITOS OSSEOS ACETABULARES	1	R\$ 11.500,00	R\$ 11.500,00
61	PARAFUSOS DE FIXAÇÃO ACETABULAR	15	R\$ 248,40	R\$ 3.726,00
62	PARAFUSOS DE FIXAÇÃO PARA CUNHAS	15	R\$ 248,40	R\$ 3.726,00
63	PROTESE TOTAL REVISAO DE JOELHO COM CUNHAS DE 5-10 MM PARA DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL	2	R\$ 9.693,05	R\$ 19.386,10
64	PROTESE TOTAL REVISAO SEMI CONSTRICTA DE JOELHO COM CUNHAS PARA / DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL	1	R\$ 68.000,00	R\$ 68.000,00

65	PROTESE TOTAL REVISAO CONSTRICTA DE JOELHO COM CUNHAS PARA / DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL	1	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00
66	PROTESE UNICOMPARTIMENTAL DE JOELHO	1	R\$ 14.080,00	R\$ 14.080,00
67	CONES METALICOS PARA FALHAS OSSEAS EM FEMUR DISTAL E/OU TIBIA PROXIMAL UTILIZADOS EM PROTESES TOTAIS DE REVISÕES DE JOELHOS	1	R\$ 14.500,00	R\$ 14.500,00
68	PROTESE TOTAL REVERSA PARA OMBRO	2	R\$ 28.000,00	R\$ 56.000,00
69	FIOS DE ALTA RESISTENCIA	11	R\$ 280,00	R\$ 3.080,00
70	LÂMINA DE SERRA OSSEAS	11	R\$ 350,00	R\$ 3.850,00
71	PARTÍCULAS EMBOLIZANTES TIPO "ONIX" *	0	R\$ 1.600,00	R\$ 0,00
72	FIO GUIA HIDROFÍLICO PARA UROLOGIA *	0	R\$ 134,35	R\$ 0,00
73	FIBRA LASER *	0	R\$ 2.200,00	R\$ 0,00
TOTAL		73		R\$ 499.648,10

Obs. 1. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.

Obs.2 Esta tabela representa um quadro estimativo de valor global para OPME's não padrão, ficando facultado ao hospital utilizar quaisquer itens em quaisquer quantitativo da Portaria vigente, ou outra que venha a substituí-la; sendo pago o valor unitário disposto na Portaria vigente, conforme utilização e comprovação. Fica vedado ultrapassar o teto financeiro aqui previsto.

Obs.3 A comprovação da utilização das OPME's não padrão, dispostas na Portaria vigente, se dará obrigatoriamente pela fixação das etiquetas (Uma principal e outra em conformidade coma RDC 14, de 5 DE abril de 2011) no prontuário, além de evolução médica com descrição do ato cirúrgico e detalhamento do uso das OPME.

FAEC HOSPITALAR

RECURSO FEDERAL					
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/ mês	Valor Unitário	Valor/mês
04- Procedimentos Cirúrgicos	07- Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	03-Pancreas, baco, fígado e vias biliares	5	2.023,53	R\$ 10.117,65
05-Transplantes de Órgãos, tecidos e Células	01- Coleta e Exames para Fins de Doação de Órgãos, tecidos e Células e de Transplante	06-Exame Complementar p/ Diagnóstico de Morte Encefálica	1	600,00	R\$ 600,00
	02-Avaliação de Morte Encefálica	01-Avaliação Clínica de Morte Encefálica	2	215,00	R\$ 430,00
	03-Ações Relacionadas a Doação de Órgãos, tecidos e Células	03-Manutenção Hemodinâmica e Taxa de Sala p/ Retirada de Órgão	2	900,00	R\$ 1.800,00

		04-Ações Complementares Destinadas a Doações de Órgãos, tecidos e Células - 005-3 Entrevista Familiar p/ Doação de Órgãos de Doadores em Morte Encefálica/006-1 Entrevista Familiar para Doação de Tecidos de Doadores com Coração Parado - CIHDOTT	3	420,00	R\$ 1.260,00
		04-Captação de Órgãos Efetivamente Transplantados	3	260,00	R\$ 780,00
		04-Diária de UTI de Provável Doador de Órgãos	1	508,63	R\$ 508,63
		04-Coordenação de Sala Cirúrgica p/ Retirada de Órgãos p/ Transplante	1	400,00	R\$ 400,00
	06-Acompanhamento e Intercorrências no Pré e Pós-Transplante	01-Avaliação do Possível Doador Falecido de Órgãos ou Tecidos para Transplante (Avaliação Doador PCR)	2	215,00	R\$ 430,00
			20		R\$ 16.326,28

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

FAEC TRS

RECURSO FEDERAL						
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional		Quant/ mês	Valor Unitário	Valor/mês
03-Procedimentos Clínicos	05-Tratamento em Nefrologia	01- Tratamento Dialítico	03.05.01.009-3 - Hemodiálise (Máximo 01 Sessão por Semana - Excepcionalidade)	31	R\$ 240,97	R\$ 7.470,07
			03.05.01.010-7 - Hemodiálise (Máximo 03 Sessões por Semana)	1.850	R\$ 240,97	R\$ 445.794,50
			03.05.01.011-5 - Hemodiálise em Paciente com Sorologia Positiva para HIV e/ou Hepatite B e/ou Hepatite C (Máximo 03 Sessões por Semana)	15	R\$ 325,98	R\$ 4.889,70
			03.05.01.012-3 Hemodiálise em Paciente com Sorologia Positiva para HIV e/ou Hepatite B e/ou Hepatite C (Excepcionalidade - Máximo 01 Sessão por Semana)	2	R\$ 325,98	R\$ 651,96
04-Procedimentos Cirúrgicos	18-Cirurgia em Nefrologia	01- Acessos para Diálise	04.18.01.001-3 - Confeção de Fístula Artério-Venosa c/ Enxertia de Politetrano p/ Hemodiálise	2	R\$ 1.453,85	R\$ 2.907,70

			04.18.01.003-0-Confeção de Fístula Artério-Venosa p/ Hemodiálise	8	R\$ 859,20	R\$ 6.873,60
			04.18.01.004-8-Implante de Cateter de Longa Permanência p/ Hemodiálise	1	R\$ 200,00	R\$ 200,00
			04.18.01.006-4-Implante de Cateter Duplo Lumen p/ Hemodiálise	3	R\$ 115,81	R\$ 347,43
		02- Intervenções Cirúrgicas em Acesso p/ Diálise	04.18.02.002-7-Ligadura de Fístula Artério-Venosa	1	R\$ 600,00	R\$ 600,00
07 - Órteses, próteses e materiais especiais	02-Órtese, Próteses e Materiais Especiais relacionados ato cirúrgico	10- OPME em Nefrologia	07.02.10.001-3 -Cateter de Longa Permanência p/ Hemodiálise	1	R\$ 482,34	R\$ 482,34
			07.02.10.002-1- Cateter p/ Subclávia Duplo Lumen p/ Hemodiálise	2	R\$ 64,76	R\$ 129,52
			07.02.10.009-9- Dilatador p/ Implante de Cateter Duplo Lumen	2	R\$ 21,59	R\$ 43,18
			07.02.10.010-2-Guia Metálico p/ Introdução de Cateter Duplo Lumen	1	R\$ 15,41	R\$ 15,41
				1.919		R\$ 470.405,41

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

INCENTIVOS

RECURSO FEDERAL	
TIPO INCENTIVO	TOTAL
INTEGRASUS (Portaria nº 878 GM/MS de 08/05/02 e Portaria 1931 de 10/08/2007)	R\$ 42.314,95
IAC (Incentivo de Adesão a Contratualização - Portaria 3.166 de 20/12/2013)	R\$ 573.652,54
Incentivo - Redes Temáticas de Atenção à Saúde	
Redes de Atenção as Urgências (Portaria Nº1806 de 26/08/14)	R\$ 200.000,00
Redes de Atenção as Urgências (Portaria Nº1806 de 26/08/14) - Leitos Qualificados de UTI	R\$ 193.490,88
TOTAL	R\$ 1.009.458,37

**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	
<p>1.1. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)</p>	<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><u>Hospitais Estruturantes:</u></p> <p>ONA nível I em 18 meses ONA nível 2 em 30 meses, ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter.</p> <p><u>Hospitais Estratégicos:</u></p> <p>Certificação ONA 1 em 18 meses</p> <p><u>Hospitais de Apoio:</u></p> <p>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	
<p>2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional</p>	<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>

assitencial	
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	<p>Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificação do Paciente; -Cirurgia Segura; -Prevenção de Úlcera de Pressão; -Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde; -Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos; -Prevenção de Quedas.
4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO	
4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada	<p>Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital.</p> <p>Atingir resposta ótimo e bom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • $\geq 65\%$ - 5,0 pontos;

<p>prioritariamente pela metodologia do NPS (<i>Net Promoter Score</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos; • ≤ 61,99 – zero. <p>OU</p> <p>Atingir índice do NPS 65:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SIM - 5,0 pontos; • NÃO – zero. <p>OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a a ser monitorada.</p>
<p>5. ACESSO AO SISTEMA</p>	
<p>5.1. Acesso Hospitalar</p>	<p>Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação.</p> <p>Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil.</p>
<p>5.2. Tempo de Regulação</p>	<p>Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas.</p>
<p>5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado</p>	<p>Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de Regulação.</p> <p>(leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise)</p>
<p>5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada</p>	<p>100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas no sistema de regulação.</p>
<p>5.5 . Acesso aos</p>	<p>100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas no sistema de regulação.</p>

Exames Especializada	
5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas	<p>Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas $\leq 8\%$</p> <p>Atingir percentual:</p> <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.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO C - CNES

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 27/05/2024

CNES: 2485680 Nome Fantasia: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM CNPJ: 27.187.087/0001-04
Nome Empresarial: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS
Logradouro: RUA DOUTOR RAULINDO DE OLIVEIRA Número: 67 Complemento: --
Bairro: CENTRO Município: 320120 - CACHOEIRO DE UF: ES
CEP: 29300-150 Telefone: (28) 2101-2121 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 002
Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL
Diretor Clínico/Gerente/Administrador: MATEUS DE ANGELI ALTOE
Cadastrado em: 17/12/2003 Atualização na base local: 20/05/2024 Última atualização Nacional: 21/05/2024
Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE AUXILIAR 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
AMBULATORIAL	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
HOSPITALAR	ALTA COMPLEXIDADE	ESTADUAL

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE

009 - INTERNACAO

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 003 - TERAPIAS ESPECIAIS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/ DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 014 - TELESSAUDE
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
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	2	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	10
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	2
AMBULATORIAL		
CLINICAS INDIFERENCIADO	11	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	2	8

HOSPITALAR		
LEITOS RN NORMAL	12	0
LEITOS RN PATOLOGICO	3	0
SALA DE CIRURGIA	5	0
SALA DE PARTO NORMAL	2	0
SALA DE PRE-PARTO	1	4
SALA DE RECUPERACAO	1	6

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

Ambulatorial

Hospitalar

Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
169	ATENCAO EM UROLOGIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
150	CIRURGIA VASCULAR	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
116	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
105	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
117	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM

126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
129	SERVICO DE LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
133	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
133	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
155	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
146	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
144	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
ETICA MEDICA

FARMACIA E TERAPEUTICA
APROPRIACAO DE CUSTOS
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
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 008	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	ANGIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 002	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 003	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM OFTALMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 006	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM QUEIMADOS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
146 - 002	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	CIRURGICA	NÃO	NAO INFORMADO
144 - 001	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS	COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 003	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	CONFECCAO INTERVENCAO DE ACESSOS PARA DIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
146 - 001	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	DIAGNOSTICA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO

133 - 002	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM PNEUMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 003	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINARIO	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	9231919
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	2547813
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
129 - 001	SERVICO DE LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE	EXAMES DE HISTOCOMPATIBILIDADE POR MEIO SOROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIIS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	NÃO	NAO INFORMADO

145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	NÃO	NAO INFORMADO
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
150 - 002	CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA COM ENXERTO	NÃO	NAO INFORMADO
150 - 001	CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA SEM ENXERTO	NÃO	NAO INFORMADO
169 - 002	ATENCAO EM UROLOGIA	LITOTRIPSIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 001	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENCAO DO SANGUE PFINS DE ASSI	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 003	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 019	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	SIM	3886506
155 - 001	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 003	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGENCIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	SIM	3886492
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 003	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO

131 - 002	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CLINICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
133 - 001	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	TRATAMENTO DE DOENCAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 001	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-HEMODIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
117 - 002	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	TRATAMENTO EM QUEIMADOS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	SIM	3886492
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
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X ate 100 mA	3	3	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	8	8	SIM
Ressonancia Magnetica	1	1	SIM
Tomógrafo Computadorizado	1	1	SIM
Ultrassom Doppler Colorido	3	3	SIM

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Grupo Gerador	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	2	2	SIM
Bomba de Infusao	273	270	SIM
Desfibrilador	24	20	SIM
Equipamento de Fototerapia	4	4	SIM
Incubadora	5	5	SIM
Marcapasso Temporario	1	1	SIM
Monitor de ECG	120	115	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	80	68	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	80	80	SIM
Respirador/Ventilador	79	72	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	12	12	SIM
Eletroencefalografo	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
Endoscopia Digestivo	3	3	SIM
Endoscopia das Vias Respiratorias	1	1	SIM
Endoscopia das Vias Urinarias	1	1	SIM
Laparoscopia/Vídeo	4	1	SIM

Microscopio Cirurgico	1	1	SIM
OUTROS EQUIPAMENTOS			
Equipamento para Hemodialise	47	36	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS QUIMICOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Caracterização de serviço de diálise

Salas Hemodiálise	Salas de Reuso	Máquinas Hemodiálise	Tratamento D'água
HBsAg+ = 1	HBsAg+ = 1	Proporção = 40	(X) Filtro de areia
HBsAg- = 1	HBsAg- = 1	Outras = 0	(X) Filtro de carvão
DPI = 1	HCV+ = 1	-	(X) Abrandador
DPAC = 1	-	-	(X) Deionizador
-	-	-	(X) Maq. de Osmose Reversa
-	-	-	() Outros

Caracterização de serviço de diálise

Salas Hemodiálise	Salas de Reuso	Máquinas Hemodiálise	Tratamento D'água
-------------------	----------------	----------------------	-------------------

Serviço de referência e manutenção

Serviço	Razão Social	CNPJ	Município
HOSPITAL PARA TRANSPLANTE	HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	27193705000129	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM
LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE	LIG - LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE	30695183000178	VITORIA
HOSPITAL GERAL	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	27187087000104	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM
SERVICO DE ANATOMIA PATOLOGICA/CITOLOGIA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	27187087000104	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM
SERVICO DE PATOLOGIA CLINICA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	27187087000104	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM
MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS DE DIALISE	CONCISE ASSISTENCIA TECNICA	01092701000160	SAO PAULO
MANUTENCAO DOS EQUIPAMENTOS DE TRATAMENTO DE AGUA	LOMEK COMERCIO E SERVICO	03324767000164	RIO BONITO
LABORATORIO PARA ANALISE DE AGUA	TASQA SERVICOS ANALITICOS	67994897000197	VITORIA
SERVICO DE RADIOLOGIA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	27187087000104	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM
SERVICO DE ULTRA-SONOGRAFIA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	27187087000104	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

Formalização

Diretor responsável	CPF
EMANOEL PATRICIO RIBEIRO GOMES	45827133787
Nefrologista responsável	CPF
EMANOEL PATRICIO RIBEIRO GOMES	45827133787

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

NÚMERO DE SALAS - COLETA

Recepção / cadastro	Triagem hematológica	Triagem clínica	Coleta	Aférese
1	1	1	1	0

NÚMERO DE SALAS - PROCESSAMENTO

Processamento	Pré-estoque	Estoque	Distribuição
1	1	1	1

NÚMERO DE SALAS - LABORATÓRIO

Sorologia	Imuno Hemematologia	Pre. transfusionais	Hemostasia	Controle de qualidade	Biologia molecular	Imuno fenotipagem
0	1	1	0	1	0	1

NÚMERO DE SALAS - ATENDIMENTO

Transfusão	Seguimento do doador
1	1

EQUIPAMENTOS - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

Cadeiras recicláveis	Centrífugas	Refr. para guarda	Congelador rápido	Extrator automático de	Freezer	Freezer	Agitador de
4	2	4	2	2	0	2	3
Seladoras	Irradiador	Aglutinoscópio	Maq.de Aférese	Refr. p/guarda de	Refr. p/guarda de amostra		Cap.fluxo laminar
1	0	2	0	2	1		1

Serviço de referência e manutenção

Serviço	Razão Social	CNPJ	Município
CENTRAL SOROLOGICA	IMUNO LAB	65714479000173	SAO PAULO

Formalização

Médico hemoterapeuta responsável	CPF
ELANY APARECIDA DA SILVA	03077042703
Médico hematologista responsável	CPF
ELANY APARECIDA DA SILVA	03077042703
Responsável técnico / sorologista	CPF
Não informado	
Médico capacitado responsável	CPF
ELANY APARECIDA DA SILVA	03077042703

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UTI ADULTO - TIPO II	43	29

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ESPEC - CIRURGICO		
CIRURGIA GERAL	28	21
NEFROLOGIAUROLOGIA	9	5
NEUROCIRURGIA	5	3
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	67	65
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	32	30
NEFROUROLOGIA	14	12
NEUROLOGIA	6	4

Habilitações

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data do Lançamento	Data da Atualização
1101	SERVICO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO AIDS	NACIONAL	07/1992	99/9999			0		
1504	ATENCAO ESPECIALIZADA EM DRC COM HEMODIALISE	NACIONAL	11/2018	99/9999	PT GM 3415	22/10/2018		26/11/2018	26/11/2018
1505	ATENCAO ESPECIALIZADA EM DRC COM DIALISE PERITONEAL	NACIONAL	11/2018	99/9999	PT GM 3415	22/10/2018		26/11/2018	26/11/2018
2301	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*	NACIONAL	01/2008	99/9999	SAS 120 RETIF	14/04/2009		28/05/2009	26/09/2008
2304	ENTERAL E PARENTERAL	NACIONAL	01/2008	99/9999	SAS 120 RETIF	14/04/2009		28/05/2009	26/09/2008
2501	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA*	NACIONAL	01/2008	99/9999	SAS 90 RETF	30/03/2009		26/05/2009	11/02/2008
2601	UTI II ADULTO	NACIONAL	11/2003	99/9999	PT GM 1897	29/07/2020	29	30/07/2020	
2701	HOSPITAL TIPO I EM URGENCIA	NACIONAL	08/1999	99/9999			0		

Incentivos

Código	Descrição	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data da Atualização
8213	Porta de Entrada Hospitalar de Urgência (PEHU) - Hospital Especializado Tipo I	08/2014	99/9999	PT GM Nº 2041	17/07/2018		22/03/2018
8273	UTI ADULTO RUE TIPO II - NOVOS	06/2016	99/9999	474/SAES/MS	22/04/2021	10	10/06/2021
8274	UTI ADULTO RUE TIPO II - QUALIFICADOS	06/2016	99/9999	474/SAES/MS	22/04/2021	13	10/06/2021

Data desativação: --

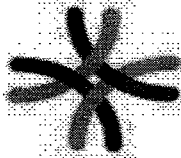
Motivo desativação: --

PLANO DE TRABALHO

01 - DADOS CADASTRAIS

Órgão/ Entidade Proponente				CNPJ	
Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim				27.187.087/0001-04	
Cidade	Uf	Cep	DDD/fone		E.A
Cachoeiro de Itapemirim	ES	29.300-150	(28) 2101-2121		Filantrópica
Conta corrente		Banco	Agência	Praça de pagamento	
3524141-3		021	0681	Cachoeiro de Itapemirim	
Nome do responsável				CPF	
Maria da Penha Rodrigues D'Avila				557.761.677-87	
C.I. / Órgão Expedidor		Cargo		Função	
217892 SSP ES		Procuradora		Procuradora	
Endereço				CEP	
Rua: Desembargador Augusto Botelho, 520 – EDF. Ilha Bela – APT 701 Praia da Costa – Vila Velha / Espírito Santo				29.101-110	

2 - Descrição do Projeto	Período de Execução	
Título do Projeto:	Início	Término
Custeio de despesas administrativas e operacionais da SCMCI.	Junho/2024	Maio/2025
Identificação do Objeto:		
<p>A Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, inscrita no CNPJ 27.187.087/0001-04, CNES 2485680, trata-se de um hospital geral com serviços de alta e média complexidade, habilitado em tramato-ortopedia. A instituição está localizada na cidade de Cachoeiro de Itapemirim, a 135 km da capital Vitória, sendo o único hospital geral com perfil porta aberta na Região Sul, integrado a Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE), referência para mais de 680 mil habitantes, conforme resolução CIB nº 153/2020. Fundada em 27 de janeiro de 1900, na cidade de Cachoeiro de Itapemirim, é detentora do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – fornecido pelo Ministério da Saúde – CEBAS – Saúde.</p> <p>A estrutura conta com 204 leitos totais, com 179 destinados exclusivamente ao SUS, sendo 39 leitos de UTI, 130 leitos de enfermarias e 10 leitos de sala vermelha. Com pronto socorro geral de porta aberta 24h/7d, sendo referência para 26 municípios da CIR-Sul, comportando também o</p>		



maior centro de terapia renal substitutiva - TRS, fora da região metropolitana.

A Santa Casa gera aproximadamente mais de 1.000 postos de trabalho diretos e indiretos, o que faz, além da assistência aos usuários, movimentar a economia da região. Assim, estamos encaminhando os documentos para a adesão ao valor supracitado.

Este plano se baseia na CIB nº 037/2024, no valor de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), conforme transferência de recursos financeiros federais emergenciais para o custeio dos serviços de Atenção de Média e Alta Complexidade à Saúde, conforme discriminados no Anexo I - Repasse por Aditivo, da CIB supracitada.

Desta forma, solicitamos a adesão da proposta contemplada neste plano de trabalho, recurso este, que será destinado para o custeio das despesas administrativas e operacionais voltadas para a complementação da prestação dos serviços de saúde da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, as quais são necessárias para o atingimento das metas qualitativas e quantitativas contratualizadas.

Este recurso auxiliará na manutenção das atividades da Santa Casa Cachoeiro, viabilizando a qualidade no atendimento por meio de reformas, manutenção dos equipamentos e materiais permanentes e aquisição de insumos. A complexidade dos serviços também se reflete nos desafios financeiros enfrentados pelos hospitais, especialmente na captação de recursos suficientes para manter operações de alta qualidade e sustentáveis. A transferência do valor é essencial para garantir que esses serviços estejam disponíveis e acessíveis à população que deles necessita.

03 - PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

Meta	Especificação	Valor Aplicado	Duração	
			Início	Término
3.1	Custeio das Despesas Administrativas/ Operacionais da unidade de saúde contemplando a manutenção dos serviços médicos e hospitalares compreendendo todas as especialidades médicas como as cirúrgicas, ortopédica, clínica médica, Serviços de Apoio e Diagnóstico Terapêutico, e demais custos e despesas médicas necessárias). Despesas com tarifas de água, energia, telefone, internet, softwares, sistemas de TI, manutenções	R\$ 200.000,00	Junho/2024	Mai/2025

	preventivas e corretivas de equipamentos médicos hospitalares e veículos (incluindo peças e mão de obra), locações de equipamentos, contratos com prestadores de serviços inerentes à manutenção geral e predial).			
	TOTAL	R\$ 200.000,00		

04 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

O cronograma de execução das ações seguirá conforme o anexo I, considerando as despesas necessárias à realização do custeio das despesas administrativas e operacionais deste nosocômio, compreendendo os gastos com prestação de serviços médicos e hospitalares, tarifas de água, energia, telefone, internet, softwares, sistemas de TI, manutenções preventivas e corretivas de equipamentos médicos hospitalares e veículos (incluindo peças e mão de obra), locações de equipamentos e os contratos com prestadores de serviços inerentes à manutenção geral e predial. Todas as despesas acima relacionadas são necessárias para dar continuidade à melhoria dos serviços médicos hospitalares, necessárias ao atingimento das metas qualitativas e quantitativas contratualizadas.

05 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

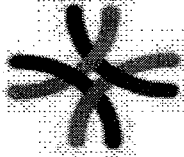
META	AÇÕES	Junho/2024
5.1	Custeio de Despesas Administrativas e Operacionais	R\$ 200.000,00

06 – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro para fins de prova junto à Secretaria de Estado da Saúde, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistem débitos de qualquer natureza junto a quaisquer órgãos ou entidades da Administração Municipal, Estadual ou Federal, que impeçam a transferência de recursos oriundos de dotações consignados no Orçamento do Estado, na forma deste Plano de Trabalho.

Cachoeiro de Itapemirim, ES, 25 de junho de 2024.

Maria da Penha Rodrigues D Ávila
Procuradora



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

Rua Dr. Francisco de Oliveira, 571 - Vitória
ES - CEP: 51.020-000 - Fone: 31.333.3333
CNPJ nº 06.940.838/0001-00

www.santacasadevitória.org.br

07 - APROVAÇÃO PELA CONCEDENTE

Aprovado

Vitória, de de 2024.

Local e Data

Concedente/assinatura

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

MARIA DA PENHA RODRIGUES D AVILA
CIDADÃO

assinado em 26/06/2024 16:09:48 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 26/06/2024 16:09:48 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por MARIA DA PENHA RODRIGUES D AVILA (CIDADÃO)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-S52FZX>

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

ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA

SUBSECRETARIO ESTADO

SSEC - SESA - GOVES

assinado em 28/06/2024 11:06:12 -03:00

MARIA DA PENHA RODRIGUES D AVILA

CIDADÃO

assinado em 28/06/2024 10:56:51 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 28/06/2024 11:06:13 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por SILVIO MEIRELES GUIMARAES (ANALISTA DO EXECUTIVO - 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-M2XLS9>