



**CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 005/2022**

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-80FVZ

3º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 005/2022, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE ESPÍRITO SANTO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAÇUÍ**, VISANDO O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (SUS/ES).

O **ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, doravante denominado **CONCEDENTE**, órgão da Administração Direta do Poder Executivo, inscrita no CNPJ: **27.080.605/0001-96**, com sede na rua Engenheiro Guilherme José Monjardim Varejão, nº 255, Ed. Enseada Plaza, Enseada do Suá, Vitória - ES, CEP: 29050-360, no uso de suas atribuições de gestora do **FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FES**, inscrita no CNPJ: 06.893.466/0001-40, representada neste ato pelo Subsecretário de Estado de 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 MISERICORDIA DE GUAÇUÍ**, caracterizado como hospital filantrópico, inscrita no CNPJ sob nº. 27.686.179/0001-39, situada à Rua Nilton Gomes de Figueiredo, 07, Quincas Machado, Guaçuí- ES, doravante denominado(a) **CONVENENTE**, neste ato representado por seu Representante Legal o **Sr. GILSON JOAQUIM CAETANO**, inscrito no CPF: 069.165.637-10, residente e domiciliado à Rua Joao Goulart, 240 – Vale do Sol – Guaçuí – ES, CEP: 29560-000 resolvem celebrar o presente 3º TERMO ADITIVO ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO para execução de



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

ações e serviços de saúde, tendo em vista o disposto na Constituição da República Federativa de 1988, na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, o art. 116 da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, Portaria MS/GM nº 3.410, de 30/12/2013 e Portarias de Consolidação nº 1, nº 2, nº 3 e nº 5, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria Estadual 076-R, de 19 de maio de 2022, que tratam das normas sobre as políticas nacionais e estadual de saúde do Sistema Único de Saúde, nas correspondentes Lei 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 nº443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11-05-2023, e **(b)** acréscimo financeiro de **R\$ 851.308,93 (oitocentos e cinquenta e um mil e trezentos e oito reais e noventa e três centavos)** referente Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11-05-2023, conforme Documento Descritivo – DODE.

1.2 - Os serviços conveniados encontram-se discriminados no DODE, previamente definido entre as partes, na Ficha de Programação Orçamentária e na Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, que integram este 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\$ 33.810.923,89** (trinta e três milhões e oitocentos e dez mil e novecentos e vinte e



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

três reais e oitenta e nove centavos).

**6.1.1** - O Recurso Financeiro aplicado ao **Convênio de contratualização** inicial foi de **R\$ 30.895.702,97 (trinta milhões oitocentos e noventa e cinco mil setecentos e dois reais e noventa e sete centavos)**

**6.1.2** - O Recurso Financeiro aplicado ao **1º Termo Aditivo** foi de **R\$ 474.131,99** (quatrocentos e setenta e quatro mil e cento e trinta e um reais e noventa e nove centavos)

**6.1.3** - O Recurso Financeiro aplicado ao **2º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.499.780,00** (um milhão e quatrocentos e noventa e nove mil e setecentos e oitenta reais)

**6.1.4** - O Recurso Financeiro aplicado ao **3º Termo Aditivo** será de **R\$ R\$ 851.308,93 (oitocentos e cinquenta e um mil e trezentos e oito reais e noventa e três centavos)**

**6.2** - O detalhamento do repasse a partir de **05/2023** se dará da seguinte forma:

**6.2.1** - Para a execução do 3º Termo Aditivo ao convênio de contratualização, a CONVENIENTE receberá recursos financeiros de **R\$ 3.444.152,82** (três milhões e quatrocentos e quarenta e quatro mil e cento e cinquenta e dois reais e oitenta e dois centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.

**6.2.2-** A parcela pré-fixada importa em **R\$ 2.998.848,94** (dois milhões e novecentos e noventa e oito mil e oitocentos e quarenta e oito reais e noventa e quatro centavos), e será transferida à CONVENIENTE no mês de maio de 2023, com Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11-05-2023, conforme o quadro de detalhamento, e oneram recursos de transferência da União ao Fundo Estadual de Saúde e recursos próprios da CONCEDENTE.

**6.2.3-** Oitenta por cento (80%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 2.569.340,94** (dois milhões e quinhentos e sessenta e nove mil e trezentos e quarenta reais e noventa e quatro centavos), e será transferida à CONVENIENTE no mês de maio de 2023, com Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11-05-2023, este valor é fixo e repassado mensalmente.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**6.2.4-** Vinte por cento (20%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 429.508,00** (quatrocentos e vinte e nove mil e quinhentos e oito reais), repassado no mês de maio de 2023, este valor é variável e vinculado ao cumprimento das metas de desempenho discriminadas no Documento Descritivo – DODE, com monitoramento e avaliação quadrimestral.

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

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

**6.2.7** - O componente pós-fixado, que corresponde aos Procedimentos Ambulatoriais de Exames, Terapias, Procedimentos, 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, estimando-se um valor de **R\$ 119.416,38** (cento e dezenove mil e quatrocentos e dezesseis reais e trinta e oito centavos)

**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, estimando-se um valor para maio/2023 no valor de **R\$ 325.887,52 (trezentos e vinte e cinco mil e oitocentos e oitenta e sete reais e cinquenta e dois centavos)** com Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº812 de 12/04/2022 (MAC Temporário).

**6.2.9-** A FPO – Ficha de Programação Orçamentária – para procedimentos



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

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

### PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL			
PRÉ-FIXADO 80%	Mensal MAIO(R\$)		TOTAL
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>	R\$	1.302.709,31	R\$ 1.302.709,31
LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>	R\$	321.145,60	R\$ 321.145,60
Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- <b>Recurso Estadual</b>	R\$	16.320,00	R\$ 16.320,00



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

Incentivo Federal - IAC - <b>Recurso Federal</b>	R\$ 72.978,77	R\$ 72.978,77
Incentivo Federal - INTEGRASUS - <b>Recurso Federal</b>	R\$ 4.878,33	R\$ 4.878,33
Portaria MS nº443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11-05-2023 - Parcela única - <b>Recurso Federal</b>	R\$ 851.308,93	R\$ 851.308,93
<b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>	<b>R\$ 1.640.174,91</b>	<b>R\$ 1.640.174,91</b>
<b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>	<b>R\$ 929.166,03</b>	<b>R\$ 929.166,03</b>
<b>TOTAL RECURSO ESTADUAL + FEDERAL</b>	<b>R\$ 2.569.340,94</b>	<b>R\$ 2.569.340,94</b>
<b>PRÉ-FIXADO 20%</b>	<b>Mensal MAIO(R\$)</b>	<b>TOTAL</b>
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 325.677,33	R\$ 325.677,33
LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 80.286,40	R\$ 80.286,40
Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 4.080,00	R\$ 4.080,00
Incentivo Federal - IAC - <b>Recurso Federal</b>	R\$ 18.244,69	R\$ 18.244,69
Incentivo Federal - INTEGRASUS - <b>Recurso Federal</b>	R\$ 1.219,58	R\$ 1.219,58
<b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>	<b>R\$ 410.043,73</b>	<b>R\$ 410.043,73</b>
<b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>	<b>R\$ 19.464,27</b>	<b>R\$ 19.464,27</b>
<b>TOTAL RECURSO ESTADUAL + FEDERAL</b>	<b>R\$ 429.508,00</b>	<b>R\$ 429.508,00</b>
<b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL</b>	<b>R\$ 2.050.218,64</b>	<b>R\$ 2.050.218,64</b>
<b>TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL</b>	<b>R\$ 948.630,30</b>	<b>R\$ 948.630,30</b>
<b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>	<b>R\$ 2.998.848,94</b>	<b>R\$ 2.998.848,94</b>

<b>COMPONENTE PÓS-FIXADO</b>	<b>Mensal MAIO(R\$)</b>	<b>TOTAL</b>
Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade - <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 50.241,38	R\$ 50.241,38
Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade - <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 69.175,00	R\$ 69.175,00
FAEC Hospitalar- <b>Recurso Federal</b>	R\$ 3.078,03	R\$ 3.078,03
FAEC – TRS- <b>Recurso Federal</b>	R\$ 304.607,49	R\$ 304.607,49
Portaria MS nº812 de 12/04/2022 - Resolução CIB Nº168, de 24/08/2022 -MAC TEMPORÁRIO- <b>Recurso Federal</b>	18.202,00	R\$ 18.202,00
<b>TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL</b>	<b>R\$ 119.416,38</b>	<b>R\$ 119.416,38</b>
<b>TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL</b>	<b>R\$ 325.887,52</b>	<b>R\$ 325.887,52</b>
<b>TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>	<b>R\$ 445.303,90</b>	<b>R\$ 445.303,90</b>
<b>TOTAL DO CONVÊNIO</b>	<b>R\$ 3.444.152,84</b>	<b>R\$ 3.444.152,84</b>

**CLÁUSULA TERCEIRA - INCLUSÃO NA CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES**

**5.1.1 - DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

normas e políticas internas relacionadas a coleta, guarda, tratamento, transmissão e eliminação de dados pessoais, especialmente as previstas na Lei Federal nº 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais"), no Decreto Estadual nº 4922-R, de 09 de julho de 2021, e demais normas legais e regulamentares aplicáveis, nos termos das cláusulas adiante estabelecidas.

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

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

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

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

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

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

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **CLÁUSULA QUARTA– DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES**

**4.1-** Continuam em vigor as demais cláusulas e disposição do Convênio de





GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

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, 25 de maio de 2023.

**CONCEDENTE:**

**ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**

**SUBSECRETÁRIO DE ESTADO DE CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE**

GILSON JOAQUIM CAETANO:06916563710 Assinado de forma digital por GILSON JOAQUIM CAETANO:06916563710

**GILSON JOAQUIM CAETANO**

**Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí**

**TESTEMUNHAS:**

1ª)

CPF:

2ª)

CPF:



## DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **3º Termo Aditivo ao Convênio nº. 005/2022** foi celebrado e formalizado em estrita observância ao que estabelecem o Decreto Estadual nº. 1.242-R, de 21 de novembro de 2003 e a Portaria Ministerial nº 3410/2013, bem como que os recursos estão devidamente adequados com a Lei Orçamentária Anual em vigor e compatíveis com o Plano Plurianual, não ferindo princípios constantes na Lei Complementar nº. 101/2000-Lei de Responsabilidade Fiscal tendo sido rigorosamente atendidos os requisitos para celebração e em especial as situações de adimplência e regularidade de situação do Conveniente.

Declaro ainda que a despesa referente ao **3º Termo Aditivo ao Convênio nº. 005/2022** 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

Saúde UG: 440901

Gestão: 44901

Natureza de Despesa: 3.3.90.39.00

Fonte de Recursos: 1500100200 e/ou 1600000000 e/ou 2659000011 e/ou 1659000011 e/ou 1659000013 e/ou 1659000015..

Vitória, 25 de maio de 2023.

  
ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde

**ANEXO I**

**DOCUMENTO DESCRITIVO - DODE  
HOSPITAL**

3º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 005/2022  
PROCESSO E-DOCS: 2022- 80FVZ  
PERÍODO DE EXECUÇÃO – MAIO /2023

**ESTRUTURA ADMINISTRATIVA:**

**PROVEDOR:** GILSON JOAQUIM CAETANO

**VICE-PROVEDOR:** FRANCISCO CARLOS JOSÉ PEREIRA

**SUPERVISOR HOSPITALAR:** DENIS VAZ DA SILVA FERREIRA

**DIRETOR TÉCNICO/ DIRETOR CLÍNICO:** DR. ALBERICO JOSÉ BENICA/ DR.  
GLBERTO BARRORO RIBEIRO



## SUMÁRIO

I – IDENTIFICAÇÃO.....	03
II – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL.....	04
III – CNES .....	04
IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS .....	05
V – PERFIL ASSISTENCIAL.....	06
VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS .....	07
VII – ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS .....	08
VIII – METAS ASSISTENCIAIS .....	08
IX – DETALHAMENTO DAS METAS DISPONIBILIZADAS PARA O COMPLEXO REGULADOR .....	09
X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO.....	10
XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS.	15
APROVAÇÃO .....	16
ANEXOS .....	17



**I - IDENTIFICAÇÃO**

<b>Convenente</b>			<b>CNPJ</b>	
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÇUÍ			276861790001/39	
<b>Endereço</b>		<b>Município</b>	<b>UF</b>	<b>CEP</b>
RUA DR. NILTON GOMES FIGUEIREDO		GUAÇUÍ	ES	29560-000
<b>Macrorregião</b>	<b>Microrregião</b>	<b>SRS</b>	<b>CNES</b>	
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	GUAÇUÍ	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	2447029	
<b>Telefone</b>	<b>Fax</b>	<b>E-mail</b>		
(28) 3553-0492		denis_vaz@hotmail.com alline_borges@hotmail.com jmaguacui@hotmail.com		
<b>Nome do Responsável</b>				
GILSON JOAQUIM CAETANO				
<b>CPF</b>	<b>Função</b>	<b>Período de execução</b>		
069.165.637-10	PROVEDOR			
<b>CI</b>	<b>Órgão expedidor</b>	MAIO DE 2023		
933.073	SSP ES			
<b>Banco</b>	<b>Agência</b>	<b>Conta Corrente</b>	<b>Praça</b>	
Banestes	121	34.458.059	Guaçuí	

<b>Missão</b>
Cuidar da VIDA por meio de uma assistência médica e hospitalar segura, humanizada, com compromisso ético e moral. Proporcionar cuidado humanizado e de excelência em saúde, com foco na vida e no acolhimento com qualidade
<b>Visão</b>
Ser Hospital de referência regional do Caparaó capixaba, com excelência no atendimento, comprometido com qualidade e inserção comunitária.
<b>Valores</b>
Humanização, Misericórdia, Segurança do paciente, Respeito e dignidade, Credibilidade, Empreendedorismo e Sustentabilidade.
<b>Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:</b>
Na perspectiva de compor o perfil dos pacientes usuários dos hospitais filantrópicos através do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Espírito Santo, atendendo exclusivamente o SUS, estamos recebendo pacientes de todo o Estado.
<b>Área de Abrangência</b>
CAPARAÓ: Dolores do Rio Preto, Divino de São Lourenço, Ibitirama, Iuna, Irupi, Ibatiba, Guaçuí, São José do Calçado, Bom Jesus do Norte, Apiaca, Alegre, Muniz Freire.

## 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: 90    SUS: 77
<b>Número de Leitos Complementar (UTI) - CNES</b>	Geral    SUS:
<b>Tipo de Leitos de UTI SUS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Pediátrico <input type="checkbox"/> Neonatal <input type="checkbox"/> UCO
	<input type="checkbox"/> Isolamento
<b>Serviço de Urgência e Emergência</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Porta Aberta – 05 LEITOS DE SALA VERMELHA <input checked="" 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 type="checkbox"/> Não
<b>Habilitação em Alta Complexidade</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Quais: UTI, TRS
<b>Inserção nas Redes de Atenção a Saúde</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Se sim, quais: REDE CEGONHA – RISCO HABITUAL
<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:

- 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.

LINHA DE CUIDADOS	TIPO DE ATENDIMENTO	ACESSO	FAIXA ETÁRIA	RECURSOS DE URGÊNCIA	RECURSOS GERAIS
CIRURGIA GERAL - TRAUMA NÃO ASSOCIADO A LESÃO VASCULAR E/OU NEUROCIRÚRGICA E ABDOME AGUDO	TRAUMA AGUDO ABDOME AGUDO; COMPLICAÇÕES DE CIRURGIAS DO PRÓPRIO SERVIÇO	PRONTO SOCORRO REFERENCIADO REGULACÃO DE LEITO	ADULTO	SIM	SIM
CIRURGIA GERAL – ELETIVAS	CIRURGIAS DO DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL ELETIVAS COMPLEXA, NESSE SSIDADE DE UTI NO PÓS OPERATÓRIO, CPRE, COMPLICAÇÃO DE CIRURGIAS DO PRÓPRIO SERVIÇO	REGULACÃO AMBULATORIAL REGULACÃO DE LEITOS	ADULTO	NÃO	SIM
	CIRURGIAS DO DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL ELETIVAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE, COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS DO SERVIÇO	REGULACÃO AMBULATORIAL REGULACÃO DE LEITOS	ADULTO	NÃO	SIM
CIRURGIA GINECOLÓGICA ELETIVA - MÉDIA COMPLEXIDADE	CIRURGIAS GINECOLÓGICA ELETIVAS MÉDIA COMPLEXIDADE, COMPLICAÇÕES DE CIRURGIAS DO SERVIÇO	REGULACÃO DE LEITOS REGULACÃO AMBULATORIAL	ADULTO	NÃO	SIM
CLÍNICA MÉDICA - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	CUIDADOS INTENSIVOS, CLÍNICA MÉDICA GERAL, INCLUINDO URGÊNCIA DIALÍTICA	PRONTO SOCORRO REFERENCIADO REGULACÃO DE LEITOS	ADULTO	SIM	SIM

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

**OBSERVAÇÕES:**

- Hospitais de referência com UTI ou trauma e/ou cirúrgico devem possuir:
  - 1) cirurgia plástica dentro de sua equipe própria, para realização de procedimentos inerentes às especialidades do seu perfil, na forma de suporte/apoio à internação nas demais especialidades de responsabilidade do hospital, não sendo realizado transferências destes locais.
  - 2) nefrologia dentro de sua equipe própria como especialidade de apoio, sendo que todo paciente internado em hospital da Rede de Atenção Estadual acometido por injúria renal aguda ou crônica, com indicação médica de tratamento dialítico durante o internamento e sem condições clínicas de transporte/ou remoção para serviços de diálise intra/extra-hospitalares, deve realizar o procedimento dialítico à beira do leito.
- A promoção da via de acesso para realização do procedimento dialítico à beira do leito é de responsabilidade do hospital onde o paciente encontra-se internado, salvo os casos em que o paciente seja portador de injúria renal crônica e já realiza tratamento dialítico prévio, apresentando via de acesso para o tratamento dialítico confeccionada em outro serviço, que possui como referência hospitalar da Rede de Atenção Estadual retaguarda de leito de UTI como parte da linha de cuidado integral, garantindo a sua plenitude inclusive para garantia de troca em casos falências da via acessos.
- **COMPLICAÇÕES PUERPERAIS:** Necessidade de intervenções obstétricas até 42 dias pós parto: febre; sangramento aumentado/hemorragia; sinais flogísticos em ferida operatória; infecção puerperal; necessidade de antimicrobiano, de hemotransfusão e de reinternação no pós-parto; complicações uterinas (atonía, hipotonia e necessidade de histerectomia); e complicações placentárias (retenção, necessidade de curagem ou curetagem após o parto); complicações mamárias com necessidade cirúrgica relacionada à lactação.
- Considera-se na faixa etária ADULTO para a linha de cuidado materno-infantil a inclusão da população em idade fértil (infanto-puberal).

## VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

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

- 1) **PRÉ-FIXADA:** tem como base a capacidade instalada e o perfil assistencial da unidade hospitalar, vinculada a:
  - habilitação, qualificação e disponibilidade de leitos;
  - qualificação e disponibilidade de leitos de sala vermelha – Pronto Socorro;
  - consultas ambulatoriais especializadas para referência ambulatorial e/ou linha de cuidado – Auto Regulação Formativa Territorial – ARFT;
  - incentivos federais nos termos das respectivas normas e efetivação de repasses federais.

A quantidade e proporção de leitos habilitados, qualificados e contratualizados foram definidos pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com a necessidade e o perfil

assistencial da unidade hospitalar contratualizados, com deliberação da Comissão Intergestores Bipartite CIB/ES.

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

- 2) **PÓS-FIXADA**: será contabilizada por produção e definida com base nas tabelas de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde, vinculada a:
- exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, referentes à linha de cuidado definido na grade de referência de cada unidade hospitalar;
  - procedimentos de Quimioterapia, Radioterapia, Cateterismo e Cirurgias de Catarata – APAC’s;
  - procedimentos ambulatoriais e hospitalares financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações – FAEC;
  - Órtese, Próteses e Materiais especiais – OPME – de alta complexidade.

## VII- ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

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

## VIII – METAS ASSISTENCIAIS

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

### 8.1 – Internação (Âmbito Hospitalar)

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

TIPO DE LEITO	Nº LEITOS
Clínica Médica – Enfermaria Adulto	22
Clínica Cirúrgica - Enfermaria	5

Clínica Cirúrgica Ortopédica – Enfermaria	16
UTI Adulto	20
U/E Sala Vermelha	05
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>

### 8.1.1. Maternidade

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

<b>TIPO DE LEITO</b>	<b>Nº LEITOS</b>
Clínica Obstétrica – Maternidade de Risco Habitual	<b>14</b>

## 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:

<b>TIPO DE LEITO</b>	<b>Nº LEITOS</b>
U/E Sala Vermelha	<b>05</b>

## 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 Ortopedia Cirúrgica	IV	40
Consulta em Cirurgia Ginecológica	IV	20
Consulta em Cirurgia Vascular	IV	20
Consulta em Cirurgia Geral	IV	20

Consulta em Oftalmologia Pediátrica	V	40
Consulta em Cardiologia para Risco Cirúrgico	IV	30
<b>TOTAL</b>		<b>170</b>

É obrigação da entidade conveniada a disponibilização de plataformas de telemedicina e teliagnóstico 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:

TIPO DE EXAME	QUANTIDADE MÊS
Diagnóstico em laboratório clínico	5517
Diagnóstico por radiologia	1455
Diagnóstico por ultrassonografia	203
Métodos diagnósticos em especialidades	100
Diagnóstico por Tomografia	190
Diagnóstico por RM	150

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

### RECURSO MAC TEMPORÁRIO - ABRIL/2023 a MAIO/2023

Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/ mês	Valor Unitário	Valor/mês
<b>02- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica</b>	06 - Diagnóstico por Tomografia	01 - Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral	95	138,00	13.110,00
		02 - Tórax e Membros Superiores			
		03 - Abdome, Pelve e Membros Inferiores			
	07 - Diagnóstico RM	02 - RM de Tórax e Membros Superiores	19	268,00	5.092,00
03 - RM Abdome, Pelve e Membros Inferiores					
<b>TOTAL</b>					<b>18.202,00</b>

## X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO

O acompanhamento e monitoramento das metas pactuadas neste instrumento serão realizados pela Comissão instituída pela Secretaria de Estado da Saúde, com membros indicados pelo CONVENTENTE E CONCEDENTE.

O acompanhamento e monitoramento tem como objetivo avaliar o desempenho da entidade, na entrega de valores por meio do score que abrange a estrutura e processos assistenciais qualificados, pessoas com competências alinhadas as necessidades assistenciais dos usuários e, para tal estabelecemos ações e metas para as dimensões de:

1. Qualificação da estrutura e processos
2. Qualificação de pessoas
3. Segurança assistencial
4. Experiência dos usuários
5. Acesso ao sistema
6. Eficiência no uso do leito
7. Continuidade dos cuidados
8. 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 para encontro de contas do quadrimestre anterior, de acordo com a avaliação</b>
Junho a setembro – 1º Quadrimestre	Outubro	Novembro a fevereiro
Outubro a janeiro – 2º Quadrimestre	Fevereiro	Março a junho
Fevereiro a maio – 3º Quadrimestre	Junho	Julho a outubro

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

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

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

DESCRIÇÃO	META	SCORE MÁXIMO
<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 assinatura do Convênio.	5,0
1.2. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)	<p>Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada, conforme abaixo:</p> <p><b>Hospitais Estruturantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ONA nível I em 18 meses</li> <li>- ONA nível 2 em 30 meses,</li> <li>- ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter.</li> </ul> <p><b>Hospitais Estratégicos:</b> Certificação ONA 1 em 18 meses</p> <p><b>Hospitais de Apoio:</b> Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses. Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma</p>	5,0
<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 para implantação, monitoramento e avaliação	<b>5 Pts</b> Atingir o NPS 50
	Indicador padronizado a partir do segundo quadrimestre.	<b>10 Pts</b> Atingir o NPS 65
<b>5. ACESSO AO SISTEMA</b>		<b>15,0</b>
5.1. Acesso Hospitalar	100% dos pacientes aceitos do perfil	3,0
5.2. Tempo de Regulação	100% das solicitações respondidas em até 2 horas	3,0
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	2,0
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	3,0



<p>5.5. Fila Cirúrgica</p> <p><u>PRAZOS PARA REALIZAÇÃO DAS CIRURGIAS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emergente: Até 1 hora</li> <li>- Urgente: Até 24 horas</li> <li>- Eletivo Urgente: Até 14 dias</li> <li>- Eletivo (Essencial): Até 90 dias</li> <li>- Eletivo Não Essencial: Até 150 dias</li> </ul>	<p><u>1º Quadrimestre:</u> 70% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos</p> <p><u>A partir do 2º Quadrimestre:</u> 95% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos</p>	<p>4,0</p>
<p><b>6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO</b></p>		<p><b>15,0</b></p>
<p>6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise nos indicadores abaixo:</p> <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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul>	<p>15,0</p>
<p><b>7. CONTINUIDADE DOS CUIDADOS</b></p>		<p><b>5,0</b></p>
<p>7.1. Acompanhamento dos pacientes após alta hospitalar</p>	<p>Acompanhamento, nos primeiros 30 dias, os pacientes de alta, de todas as clínicas, através de <i>call center</i> ou mensagens eletrônicas com detecção de falhas de continuidade e ações para sua correção, conforme abaixo:</p> <p>1º Quadrimestre: 20% das altas 2º Quadrimestre: 40% das altas 3º Quadrimestre: 80% das altas</p>	<p>5,0</p>
<p><b>8. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL</b></p>		<p><b>10</b></p>
<p>8.1. Proporção de gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha durante a internação para realização do parto.</p>	<p>100% das gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha</p>	<p>1,0</p>
<p>8.2. Classificação de Risco (Manchester ou outras).</p>	<p>100% das gestantes avaliadas no protocolo de risco</p>	<p>1,0</p>
<p>8.3. Proporção de Gestantes que foram atendidas com as Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento.</p>	<p>100% das gestantes com Partograma preenchido, Campleamento oportuno do cordão umbilical e contato pele a pele mãe/RN na 1ª hora</p>	<p>2,0</p>
<p>8.4. Taxa de Cesárea</p>	<p>Máximo de 30% de partos cesáreos</p>	<p>2,0</p>

8.5. Proporção de RN com apgar de 5º minuto menor que 7	Máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto abaixo de 7	2,0
8.6. Cobertura Vacinal na Maternidade – BCG e Hepatite B	100% dos RN que receberam as vacinas de BCG e Hepatite B na maternidade	1,0
8.7. Proporção de RN que realizaram a Triagem Neonatal Obrigatória na Maternidade (Teste do Olhinho, Coraçõzinho, Pezinho)	100% dos RN que realizaram a Triagem Neonatal Obrigatória na maternidade.	1,0
<b>9. AVALIAÇÃO E AUDITORIA</b>		<b>5,0</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 5,0
<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%	Mensal MAIO(R\$)	TOTAL
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 1.302.709,31	R\$ 1.302.709,31
LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 321.145,60	R\$ 321.145,60
Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 16.320,00	R\$ 16.320,00
Incentivo Federal - IAC - <b>Recurso Federal</b>	R\$ 72.978,77	R\$ 72.978,77
Incentivo Federal - INTEGRASUS - <b>Recurso Federal</b>	R\$ 4.878,33	R\$ 4.878,33
Portaria MS nº443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11-05-2023 - Parcela única - <b>Recurso Federal</b>	R\$ 851.308,93	R\$ 851.308,93
<b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>	<b>R\$ 1.640.174,91</b>	<b>R\$ 1.640.174,91</b>
<b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>	<b>R\$ 929.166,03</b>	<b>R\$ 929.166,03</b>
<b>TOTAL RECURSO ESTADUAL + FEDERAL</b>	<b>R\$ 2.569.340,94</b>	<b>R\$ 2.569.340,94</b>
PRÉ-FIXADO 20%	Mensal MAIO(R\$)	TOTAL

LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 325.677,33	R\$ 325.677,33
LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 80.286,40	R\$ 80.286,40
Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 4.080,00	R\$ 4.080,00
Incentivo Federal - IAC - <b>Recurso Federal</b>	R\$ 18.244,69	R\$ 18.244,69
Incentivo Federal - INTEGRASUS - <b>Recurso Federal</b>	R\$ 1.219,58	R\$ 1.219,58
<b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>	<b>R\$ 410.043,73</b>	<b>R\$ 410.043,73</b>
<b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>	<b>R\$ 19.464,27</b>	<b>R\$ 19.464,27</b>
<b>TOTAL RECURSO ESTADUAL + FEDERAL</b>	<b>R\$ 429.508,00</b>	<b>R\$ 429.508,00</b>
<b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL</b>	<b>R\$ 2.050.218,64</b>	<b>R\$ 2.050.218,64</b>
<b>TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL</b>	<b>R\$ 948.630,30</b>	<b>R\$ 948.630,30</b>
<b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>	<b>R\$ 2.998.848,94</b>	<b>R\$ 2.998.848,94</b>

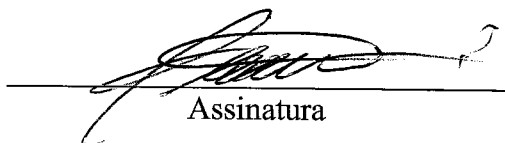
COMPONENTE PÓS-FIXADO	Mensal MAIO(R\$)	TOTAL
Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade - <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 50.241,38	R\$ 50.241,38
Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade - <b>Recurso Estadual</b>	R\$ 69.175,00	R\$ 69.175,00
FAEC Hospitalar- <b>Recurso Federal</b>	R\$ 3.078,03	R\$ 3.078,03
FAEC – TRS- <b>Recurso Federal</b>	R\$ 304.607,49	R\$ 304.607,49
Portaria MS nº812 de 12/04/2022 - Resolução CIB Nº168, de 24/08/2022 -MAC TEMPORÁRIO- <b>Recurso Federal</b>	18.202,00	R\$ 18.202,00
<b>TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL</b>	<b>R\$ 119.416,38</b>	<b>R\$ 119.416,38</b>
<b>TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL</b>	<b>R\$ 325.887,52</b>	<b>R\$ 325.887,52</b>
<b>TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>	<b>R\$ 445.303,90</b>	<b>R\$ 445.303,90</b>
<b>TOTAL DO CONVÊNIO</b>	<b>R\$ 3.444.152,84</b>	<b>R\$ 3.444.152,84</b>

**APROVAÇÃO**

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é **R\$ 3.444.152,84** (três milhões e quatrocentos e quarenta e quatro mil e cento e cinquenta e dois reais e oitenta e quatro centavos).

**Assinatura e carimbo da Concedente**

Nome: **ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**  
CPF: 926.326.297-72



Assinatura

**Assinatura e carimbo da Convenente**

Nome: **GILSON JOAQUIM CAETANO**  
CI: 933.073 - Órgão Expedidor: SSP - ES  
CPF: 069.165.637-10

GILSON JOAQUIM CAETANO:06916563710  
Assinado de forma digital por GILSON JOAQUIM CAETANO:06916563710

Assinatura

Vitória (ES), 25 de maio de 2023

## **ANEXOS**

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

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

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

**ANEXO A - ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS**



**LEITOS HOSPITALARES**

<b>RECURSO ESTADUAL</b>				
<b>TIPO DE LEITO</b>	<b>Nº LEITOS MENSAL</b>	<b>QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS</b>	<b>VALOR DIÁRIA DE LEITO</b>	<b>VALOR TOTAL MENSAL</b>
Clínica Médica – Enfermaria Adulto	22	601,92	R\$ 437,00	R\$ 263.039,04
Clínica Cirúrgica – Enfermaria	5	129,2	R\$ 489,00	R\$ 63.178,80
Clínica Cirúrgica Ortopédica – Enfermaria	16	413,44	R\$ 977,00	R\$ 403.930,88
UTI Adulto	20	547,2	R\$ 1.108,00	R\$ 606.297,60
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>			<b>R\$ 1.336.446,32</b>

<b>TIPO DE LEITO</b>	<b>Nº LEITOS MENSAL</b>	<b>QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS</b>	<b>VALOR DIÁRIA DE LEITO</b>	<b>VALOR TOTAL MENSAL</b>
Clínica Obstétrica – Maternidade de Risco Habitual	14	361,76	R\$ 807,00	R\$ 291.940,32
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>			<b>R\$ 291.940,32</b>

<b>TOTAL DE LEITOS</b>	<b>77</b>			<b>R\$ 1.628.386,64</b>
------------------------	-----------	--	--	-------------------------

<b>TIPO DE LEITO</b>	<b>Nº LEITOS MENSAL</b>	<b>QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS</b>	<b>VALOR DIÁRIA DE LEITO</b>	<b>VALOR TOTAL MENSAL</b>
U/E Sala Vermelha	5	152	R\$ 2.641,00	R\$ 401.432,00
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>			<b>R\$ 401.432,00</b>

<b>TOTAL GERAL DE LEITOS</b>	<b>82</b>			<b>R\$ 2.029.818,64</b>
------------------------------	-----------	--	--	-------------------------

**Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT**

RECURSO ESTADUAL			
ESPECIALIDADE	SCMG - QUANT. HORAS MÊS	VALOR HORA	VALOR TOTAL MÊS
Consulta em Oftalmologia Pediátrica	40	R\$ 120,00	R\$ 4.800,00
Consulta Pré Ortopedia	40	R\$ 120,00	R\$ 4.800,00
Consulta em Cirurgia Ginecológica	20	R\$ 120,00	R\$ 2.400,00
Consulta em Cirurgia Vascular	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>170</b>		<b>R\$ 20.400,00</b>

**SIA - Média Complexidade-**

RECURSO ESTADUAL					
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant.	Valor Unit	Valor/mês
<b>02 - Procedimentos com Finalidade Diagnóstica</b>	02 - Diagnóstico em laboratório clínico	01- Exames bioquímicos	3534	3,49	12.333,66
		02- Exames hematológicos e hemostasia	636	3,83	2.435,88
		03- Exame sorológicos e imunológicos	422	12,58	5.308,76
		04 - Exames Coprológicos	45	1,65	74,25
		05- Exames de Uroanálise	368	4,30	1.582,40
		06- Exames hormonais	260	14,09	3.663,40
		07- Exames toxicológicos ou de monitorização terapêutica	8	22,72	181,76
		08- Exames microbiológicos	219	4,60	1.007,40
		09- Exames em outros líquidos biológicos	1	9,70	9,70
		12- Exames imuno-hematológicos	24	1,44	34,56
	04 - Diagnóstico por radiologia	01 Exames Radiológicos da Cabeça e Pescoço	225	7,35	1.653,75
		02 Exames radiológicos da Coluna Vertebral	140	9,81	1.373,40
		03 - Exames Radiológicos do tórax e Mediastino	450	8,43	3.793,50

		04- Exames Radiológico Cintura Escapular e Membros Superiores	240	6,88	1.651,20
		05 - Exames Radiológicos do Abdômen e Pelve	25	10,74	268,50
		06- Exames radiológicos da cintura pélvica e dos membros inferiores	325	7,17	2.330,25
	05 - Diagnostico por Ultrassonografia	01 - Ecodopplercardiograma	24	39,94	958,56
		01- Sistema circulatório -doppler de vasos	60	39,94	2.396,40
		02- Demais sistemas	6	26,94	161,64
		01- Esofagogastroduodenoscopia (endoscopia digestiva alta)	105	48,16	5.056,80
		01- Colonoscopia	4	112,66	450,64
		01- Retossigmoidoscopia	4	23,13	92,52
	11- Métodos diagnósticos em especialidades	02- Diagnose em cardiologia (Holter + Teste Ergométrico)	16	30,00	480,00
		02- Eletrocardiograma	29	5,15	149,35
		02 - Diagnose em cardiologia (MAPA)	5	10,07	50,35
	12 - Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	07 - Diagnóstico Otorrinolaringologia/Fonoaudiologia	50	46,88	2.344,00
		01 - Exames do doador/receptor	4	17,04	68,16
<b>3 - Procedimentos Clínicos e Cirúrgicos</b>	06- Hemoterapia	02- Medicina transfusional	4	8,09	32,36
<b>04 - Procedimentos Cirúrgicos</b>	01- Pequena cirurgia e cirurgia de pele, tecido subcutâneo	01- Pequenas cirurgias	11	23,16	254,76
	07- Cirurgia do Aparelho Digestivo e anexos	01- Esófago, estômago e duodeno (Retirada de Pólipo)	1	29,84	29,84
		02 - Intestinos, reto e anus	1	13,63	13,63
<b>TOTAL</b>			<b>7.246</b>		<b>50.241,38</b>

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



**SIA - Alta Complexidade-**

**RECURSO ESTADUAL**

Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/ mês	Valor Unitário	Valor/mês
<b>02- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica</b>	06 - Diagnóstico por Tomografia	01 - Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral	190	138,00	26.220,00
		02 - Tórax e Membros Superiores			
		03 - Abdômen, Pelve e Membros Inferiores			
	07 - Diagnóstico RM	01 - RM Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral	150	268,00	40.200,00
		02 - RM de Tórax e Membros Superiores			
		03 - RM Abdômen, Pelve e Membros Inferiores			
04 - Diagnóstico por Radiologia	06 - Exames Radiológicos da Cintura Pélvica e dos membros inferiores (densitometria ossea)	50	55,10	2.755,00	
<b>TOTAL</b>			<b>390</b>	<b>461,10</b>	<b>69.175,00</b>

**RECURSO MAC TEMPORÁRIO - ABRIL/2023 a MAIO/2023**

Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/ mês	Valor Unitário	Valor/mês
<b>02- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica</b>	06 - Diagnóstico por Tomografia	01 - Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral	95	138,00	13.110,00
		02 - Tórax e Membros Superiores			
		03 - Abdomem, Pelve e Membros Inferiores			

	07 - Diagnóstico RM	02 - RM de Tórax e Membros Superiores	19	268,00	5.092,00
		03 - RM AbdomeM, Pelve e Membros Inferiores			
<b>TOTAL</b>					18.202,00

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

**FAEC HOSPITALAR -**

<b>RECURSO FEDERAL</b>					
<b>Grupo</b>	<b>Subgrupo</b>	<b>Forma Organizacional</b>	<b>Quant/ mês</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Valor/mês</b>
<b>05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células</b>	01-Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante	0501060057- Exame complementar para diagnóstico de morte encefálica	1	600,00	600,00
		07- Outros exames complementares p/doação, tecidos e células - 002-8 sorologia de possível doador de órgão ou tecido exceto córnea 0501070036	1	15,00	15,00
	02-Avaliação de morte encefálica	01- Avaliação clínica de morte encefálica - CIHDOTT	1	215,00	215,00
	03-Ações relacionadas a doação de órgãos e tecido para transplantes	03- Manutenção e retirada de órgãos e tecidos para transplante - 001-5- manutenção hemodinâmica de possível doador e taxa de sala p/retirada de órgãos - CIHDOTT	1	900,00	900,00
		04-Ações complementares destinadas a doações de órgãos, tecidos e células - 005-3 entrevista familiar p/ doação de órgãos de doadores em morte encefálica/006-1entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado	1	420,00	420,00

		04-Ações complementares destinadas a doações de órgãos, tecidos e células - 006-1 entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado	1	420,00	420,00
		04-Ações complementares destinadas a doações de órgãos, tecidos e células -004-5- diária de Unidade de Terapia Intensiva de provável doador de órgãos	1	508,03	508,03
<b>TOTAL</b>			<b>7</b>	<b>3.078,03</b>	<b>3.078,03</b>

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

**FAEC TRS -**

<b>RECURSO FEDERAL</b>					
<b>Grupo</b>	<b>Subgrupo</b>	<b>Forma Organizacional</b>	<b>Quant/mês</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Valor/mês</b>
<b>03 - Procedimentos Clínicos</b>	05 - Tratamento em nefrologia	03.05.01.010-7 - Hemodiálise (máximo 3 sessões por semana)	1320	218,47	288.380,40
		03.05.01.022-0 - Complementação de valor de sessão de hemodiálise em paciente com suspeição ou confirmação de covid-19 (máximo 4 sessões por semana)	26	71,21	1.851,46
		03.05.01.01.1503.05.01.011-5 - Hemodiálise em paciente com sorologia positiva para hiv e/ou hepatite b e/ou hepatite c (máximo 3 sessões por semana)	26	265,41	6.900,66
<b>04 - Procedimentos</b>	18 - Cirurgias em nefrologia	01 - Acessos para diálise	6	600,00	3.600,00

<b>Cirúrgicos</b>		04.18.01.001-3 - Confecção de fistula arteriovenosa c/ enxertia de politetrafluoretileno (PTFE)	1	1.453,85	1.453,85
		0418020019 - Intervenção em Fistula Arteriovenosa	2	600,00	1.200,00
<b>07-Fornecimento de Órtese e Próteses e Materiais Especiais</b>	02-Órtese, Próteses e Materiais especiais relacionados atos cirúrgico	10-OPM em Nefrologia (07.02.10.002-1 - Cateter p/ subclávio duplo lúmen p/ hemodiálise)	6	64,76	388,56
	02-Órtese, Próteses e Materiais especiais relacionados atos cirúrgico	10-OPM em Nefrologia (07.02.10.009-9 - dilatador p/ implante de cateter duplo lúmen)	6	21,59	129,54
	02-Órtese, Próteses e Materiais especiais relacionados atos cirúrgico	10-OPM em Nefrologia (07.02.10.010-2 - Guia metálico p/ introdução de cateter duplo lúmen)	6	15,41	92,46
	02-Órtese, Próteses e Materiais especiais relacionados atos cirúrgico	10-OPM em Nefrologia	6	101,76	610,56
<b>TOTAL</b>			<b>1405</b>	<b>3.412,46</b>	<b>304.607,49</b>

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



**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>	<p>Para qualquer uma das especialidades médicas reconhecidas no Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio dos seus Conselhos Regionais (CRM), reconhece como especialista e concede certificação, apenas aos médicos que apresentarem pelo menos um destes dois documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de Conclusão de Residência Médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência</li> </ul>

	<p>Médica (CNRM) do MEC;</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>Registo: 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 registado 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>Registo 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

### 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
<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>	<p><u>1º Quadrimestre:</u> 10-20% dos atendimentos por meio de opinião formativa</p> <p><u>A partir do 2º Quadrimestre:</u> 15-40% dos atendimentos por meio de opinião formativa</p>
-------------	---

<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 - 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 eletrônicas com detecção de falhas de continuidade e ações para sua correção, conforme abaixo: <p>1º Quadrimestre: 20% das altas 2º Quadrimestre: 40% das altas 3º Quadrimestre: 80% das altas</p>
<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



**ANEXO C – CNES**



## Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 26/05/2023

CNES: 2447029 Nome Fantasia: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUACUI CNPJ: 27.686.179/0001-39  
Nome Empresarial: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUACUI Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS  
Logradouro: PRACA JOAO ACACINHO Número: 01 Complemento: --  
Bairro: QUINCAS MACHADO Município: 320230 - GUACUI UF: ES  
CEP: 29560-000 Telefone: (28)3553-2866 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 002  
Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL  
Diretor Clínico/Gerente/Administrador: GILBERTO BARROSO RIBEIRO  
Cadastrado em: 17/12/2003 Atualização na base local: 02/03/2023 Última atualização Nacional: 23/05/2023  
Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

## Caracterização

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

## Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL



Atividade	Nível de atenção	Gestão
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 > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS

## Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

## Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
<b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>		
SALA DE GESSO	1	0
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	5	5
<b>AMBULATORIAL</b>		
CLINICAS INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
<b>HOSPITALAR</b>		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	1	5
SALA DE CIRURGIA	2	2
SALA DE PARTO NORMAL	1	1
SALA DE PRE-PARTO	1	4
SALA DE RECUPERACAO	1	2

Serviços de

Serviço	Característica
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO

## Serviços especializados

Código	Serviço	Característica	Ambulatorial		Hospitalar	
			SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
150	CIRURGIA VASCULAR	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
110	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
117	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	SIM
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	NÃO	NÃO

142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
135	SERVICO DE REABILITACAO	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
162	SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

#### Comissões e

Descrição
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
MORTALIDADE MATERNA
NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE

#### Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	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
135 - 010	SERVICO DE REABILITACAO	ATENCAO FONOAUDIOLOGICA	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 003	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	CONFECCAO INTERVENCAO DE ACESSOS PARA DIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	SIM	5975476
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	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
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	2447061
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	5453097
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	2447061
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	2447061
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	SIM	2447061
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	SIM	2447061
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	5453097

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	SIM	2447061
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIIS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	2447061
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	2447061
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	2447061
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	SIM	2447061
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
110 - 003	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA	SIM	7655800
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
162 - 002	SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA	NEONATAL	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 003	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO

121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	SIM	7655800
122 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE DE HOLTER	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE ERGOMETRICO	SIM	2447037
122 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE ERGOMETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	SIM	7655800
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
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	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	VASECTOMIA	NÃO	NAO INFORMADO

#### Outros

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

#### Equipamentos/Rejeitos

## Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
<b>EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA</b>			
AUDIOMETRO DE DOIS CANAIS	1	1	SIM
EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS POR PRODUTO DE DISTORCAO	1	1	SIM
EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSIENTES	1	1	SIM
<b>EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM</b>			
Mamografo com Comando Simples	1	1	SIM
PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	1	1	SIM
Raio X ate 100 mA	2	2	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	2	2	SIM
Ultrassom Convencional	1	1	SIM
Ultrassom Ecografo	1	1	SIM
<b>EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA</b>			
CAMARA PARA CONSERVACAO DE HEMODERIVADOS/IMUNO/TERMOLABEIS	1	1	SIM
GRUPO GERADOR (ACIMA DE 300 KVA)	1	1	SIM
Grupo Gerador	1	1	SIM
<b>EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA</b>			
Berço Aquecido	3	3	SIM
Bomba de Infusao	73	65	SIM
Desfibrilador	4	4	SIM



Equipamento de Fototerapia	2	2	SIM
GRUPO GERADOR PORTATIL (ATE 7 KVA)	2	2	SIM
Incubadora	3	3	SIM
MONITOR MULTIPARAMETRO	2	2	SIM
Monitor de ECG	2	2	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	20	20	SIM
Respirador/Ventilador	17	17	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
Endoscopia Digestivo	3	3	SIM
Laparoscopia/Vídeo	1	1	SIM
OUTROS EQUIPAMENTOS			
Equipamento para Hemodialise	27	27	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito			
RESIDUOS BIOLÓGICOS			
RESIDUOS QUÍMICOS			
REJEITOS RADIOATIVOS			
RESIDUOS COMUNS			

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Diálise

## Caracterização de serviço de diálise

Salas Hemodiálise	Salas de Reuso	Máquinas Hemodiálise	Tratamento D'água
HBsAg+ = 0	HBsAg+ = 0	Proporção = 17	(X) Filtro de areia
HBsAg- = 1	HBsAg- = 1	Outras = 0	(X) Filtro de carvão
DPI = 0	HCV+ = 0	-	(X) Abrandador
DPAC = 0	-	-	(X) Deionizador
-	-	-	(X) Maq. de Osmose Reversa
-	-	-	(X) Outros

## Serviço de referência e manutenção

Serviço	Razão Social	CNPJ	Município
SERVICO DE PATOLOGIA CLINICA	LABORATORIO KASHIMA DE ANALISES CLINICAS	39287750000121	GUACUI
SERVICO DE NEFROLOGIA PARA HSBG+	NILTON MENDES GUERRA	09607998855	GUACUI

## Formalização

Diretor responsável	CPF
WALDIR AGUIAR FILHO	57674388700
Nefrologista responsável	CPF
JOSE ROBERTO AZEVEDO RIBEIRO	70794219772

## Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

## Hemoterapia

### NÚMERO DE SALAS - COLETA

Recepção / cadastro	Triagem hematológica	Triagem clínica	Coleta	Aférese
			1	

### NÚMERO DE SALAS - PROCESSAMENTO

Processamento	Pré-estoque	Estoque	Distribuição

### NÚMERO DE SALAS - LABORATÓRIO

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

### NÚMERO DE SALAS - ATENDIMENTO

Transusão	Seguimento do doador
	null

### EQUIPAMENTOS - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

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

Serviço de referência e manutenção

Serviço	Razão Social	CNPJ	Município
CENTRAL SOROLOGICA	HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DO ITAPEMIRIM	27193705000129	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

Formalização

Médico hemoterapeuta responsável	CPF
ANDRÉ SENA PEREIRA	74523333734
Médico hematologista responsável	CPF
Não informado	
Responsável técnico / sorologista	CPF
Não informado	
Médico capacitado responsável	CPF
Não informado	

Habilitações

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data do Lançamento	Data da Atualização
1504	ATENCAO ESPECIALIZADA EM DRC COM HEMODIALISE	NACIONAL	12/2019	99/9999	PT GM 3432	17/12/2019		18/12/2019	18/12/2019
1506	ATENCAO ESPECIALIZADA EM DRC NOS ESTAGIOS 4 E 5 (PRE-DIALITICO)	NACIONAL	12/2019	99/9999	PT GM 3432	17/12/2019		18/12/2019	18/12/2019

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data do Lançamento	Data da Atualização
1901	LAQUEADURA	LOCAL	03/2001	99/9999		01/11/2006	0	02/03/2023	23/05/2023
1902	VASECTOMIA	LOCAL	08/2008	99/9999	284R	15/09/2008	0	02/03/2023	23/05/2023
2601	UTI II ADULTO	NACIONAL	10/2015	99/9999	PT GM 1897	29/07/2020	20	30/07/2020	07/10/2015

## Incentivos

Código	Descrição	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data da Atualização
8273	UTI ADULTO RUE TIPO II - NOVOS	06/2016	99/9999	474/SAES/MS	22/04/2021	10	10/06/2021

Data desativação: --

Motivo desativação: --