



PROJETO BÁSICO

**CRENCIAMENTO DE EMPRESA PARA PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO APARELHO DA VISÃO PARA
A REGIÃO ADMINISTRATIVA CENTRAL DA REGIÃO DE
SAÚDE CENTRAL-NORTE DO ES.(CONSULTAS, EXAMES E
CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS)**

Baixo Guandu/ES, 20 de Maio de 2024.



PROJETO BÁSICO Nº 001/2024

1. QUADRO RESUMO

1.01 Título e Objetivo Geral:	Credenciamento de Entidades Filantrópicas, privadas com e sem fins lucrativos, prestadoras de serviços de saúde, interessadas em participar de forma complementar, do Sistema Único de Saúde do Estado do Espírito Santo, na Prestação de Serviço Especializado no Aparelho da Visão para a Região Administrativa Central da Região de Saúde Central-Norte do ES (consultas, exames e cirurgias oftalmológicas).
1.02 Delimitação do Objeto licitado:	Será utilizado na Prestação de Serviço Especializado de Consultas, Diagnóstico e Cirurgias no Aparelho da Visão para pacientes de 0 a 120 anos, exceto ESTRABISMO infantil, somente acima de 18 anos, assistidos pela Região Administrativa Central da Região de Saúde Central-Norte do ES, conforme descrito no Anexo I deste projeto.
1.03 Modalidade de Licitação e Base Legal:	Credenciamento/Contratação - Conforme Lei Federal nº 14.133/21, Decreto Estadual nº 5352-R/2023, Decreto nº 5545-R/2023.
1.04 Estimativa de custos global:	R\$ 11.549.169,65 (Onze milhões quinhentos e quarenta e nove mil e cento e sessenta e nove reais e sessenta e cinco centavos). Valor médio baseado na pesquisa de mercado, conforme ETP.
1.05 Prazo estipulado de contratual:	O prazo de vigência contratual terá duração enquanto viger o Edital de Credenciamento.
1.06 Informação Orçamentária:	de Trabalho: 20.44.901.10.302.0047.2185 Natureza da despesa: 339039 Programa Fonte: 104/155



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

1.07 Unidade responsável execução objeto e fiscalização:	Administrativa pela do	Núcleo de Regulação do Acesso – NRA/NIR HJSN.
1.08 Data prevista para implantação:		3 (Três) dias após a publicação no Diário Oficial
1.09 Equipe responsável pela elaboração do projeto básico:		- Gislayne Rodrigues da Silva – Chefe NTH Clínica Cirurgica/HJSN - Matrícula 3208354 – e-mail: hjsn.cirurgiaeletiva@saude.es.gov.br – Telefone (27)3732-2923 - Janailson Simões Pinotti – Coordenador Técnico - HJSN- Matrícula 1586688 – e-mail – hjsn.direcaotecnica@saude.es.gov.br – Telefone (27)3732-2904 - Sônia Maria Grassi – Diretora Administrativa - HJSN- Matrícula 1587544 – e-mail – hjsn.direcaoadm@saude.es.gov.br - Telefone (27)3732-2904
1.10 Versão e data do Projeto Básico:		Versão 1.0 – 20 de maio de 2024
1.11 Gestor / Fiscal do contrato:		Gestor do Contrato: Direção Administrativa/HJSN Fiscal do contrato: Gislayne Rodrigues da Silva Matrícula: 3208354 tel: (27) 3732-2923, E-mail: hjsn.cirurgiaeletiva@saude.es.gov.br O fiscal de contrato estará vinculado ao Hospital Estadual João dos Santos Neves e será designado pelo gestor quando da formalização do contrato.
1.12 Modo de Disputa		Aberto
1.13 Critério de Julgamento		Menor Preço
1.14 Forma de Adjudicação		Por item
1.15 Encaminhamento de Amostra	de	Não
1.16 Será permitido a Adesão		Não
1.15 Será permitida a participação de Consórcio	a	Não

1. DEFINIÇÃO DO OBJETO:

1.1 O presente Projeto Básico tem como objeto o Credenciamento de Entidades Filantrópicas, privadas com e sem fins lucrativos prestadoras de Serviços Especializados de Consultas, Diagnóstico e Cirurgias no Aparelho da Visão para pacientes de 0 a 120 anos, exceto ESTRABISMO infantil, somente acima de 18 anos,



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

assistidos pela Região Administrativa Central da Região de Saúde Central-Norte do ES.

DA JUSTIFICATIVA

O comprometimento do Hospital João dos Santos Neves - HJSN é proporcionar um cuidado mais abrangente e aumentar o quantitativo de consultas, exames diagnósticos e procedimentos cirúrgicos oftalmológicos, sendo essencial manter um equilíbrio entre a quantidade e a qualidade do atendimento, garantindo sempre a segurança e o bem-estar dos pacientes.

A contratação de serviços especializados em oftalmologia é uma abordagem estratégica para garantir procedimentos especializados e a presença de profissionais qualificados, bem como para gerenciar eficientemente os serviços oferecidos.

A oftalmologia é uma especialidade médica que se dedica ao estudo e tratamento das doenças e erros de refração apresentados pelo olho. A visão é a capacidade que o indivíduo tem, por meio do olho, de perceber o universo que o cerca. Oitenta por cento da relação do ser humano com o mundo se dá através do sentido da visão. Para que o sentido da visão seja aproveitado de maneira plena, é fundamental que toda a via sensorial visual esteja perfeita (os dois olhos, os nervos ópticos e o cérebro, mais especificamente o córtex cerebral occipital).

Doenças oculares são problemas oftalmológicos provocados por inúmeros motivos, desde causas genéticas até os hábitos e estilos de vida. Em médio e longo prazo podem causar, entre outras coisas, dificuldade na visão e até mesmo, em casos mais graves, a cegueira. De modo único, destaca-se a importância que a consulta médica especializada oftalmológica tem como um de seus objetivos na prevenção de doenças potencialmente graves que podem afetar os olhos.

A baixa quantidade de médicos oftalmologistas efetivos e em designação temporária na Rede Estadual de Saúde, a baixa adesão dos médicos nos processos seletivos aplicados pela SESA, e o não ingresso destes quando convocados, recusando em assumir seu posto de serviço, acarreta em imenso déficit na resolutividade dos procedimentos oftalmológicos.

Diante da importância do acesso do usuário aos serviços desta especialidade oferecidos pelo SUS e, considerando a demanda crescente por atendimento em oftalmologia e a incidência desde agravo na população capixaba, com sobrecarga da demanda dos municípios aos serviços de referência Estadual.

A demanda para consultas, exames e/ou cirurgias oftalmológicas, expressa



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

a necessidade da região de saúde, devendo ser esta população que se encontra inserida na regulação de forma qualificada, seguindo critérios clínicos de prioridade para o atendimento impedindo o agravamento no quadro clínico do paciente.

Como estratégia estruturante para melhorar o acesso da população à atenção especializada de forma dinâmica e integrada e com a otimização dos recursos, a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo instituiu o novo modelo de Regulação do Acesso à Assistência, a fim de apoiar as equipes de atenção primária no manejo aos pacientes que demandam de avaliação especializada, paralelamente, ao fortalecimento da educação permanente, ampliação da autonomia e resolutividade da atenção primária.

A Regulação do Acesso à Assistência, em especial, consiste na ordenação e qualificação dos fluxos de acesso às ações e serviços de saúde, de modo a otimizar a utilização dos recursos assistenciais disponíveis e promover a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços, em tempo oportuno, dispondo, para tal, entre outros instrumentos, de diretrizes operacionais e protocolos de regulação.

Destacamos que, a Secretaria de Saúde do Estado tem uma rede própria ambulatorial para oferta de exames/terapias de média e alta complexidade, que ainda é muito aquém das necessidades em saúde dos usuários, sendo, portanto, necessária a aquisição de serviços em caráter complementar à rede própria e credenciada do Estado.

Vários motivos apontam para a necessidade de contratação de empresas especializadas para prestação de serviços, dentre elas:

- Cumprir os princípios da Universalidade e da Integralidade do SUS;
- Dar aos usuários condições diagnósticas para continuidade ao tratamento;
- Dar aos gestores municipais apoio no acesso aos serviços de saúde de atenção secundária aos seus municípios.

Por todo o exposto, é que resta comprovada a necessidade da efetiva contratação dos serviços oftalmológicos, objeto deste projeto, com vistas a uma maior oferta de serviços de forma complementar à oferta atual na rede pública e filantrópica, como forma de dar maior agilidade ao atendimento das demandas cadastradas no sistema de regulação, possibilitando estabelecimento de prazos para atendimento da fila de espera, de acordo com a classificação de risco.



2. DA ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO E NECESSIDADE/QUANTIDADE:

2.1 Credenciamento de Entidades Filantrópicas, privadas com e sem fins lucrativos de Serviço Especializado em Consultas, Exames e Cirurgias no Aparelho da Visão, para atender os encaminhamentos da Rede SUS conforme Protocolo Clínico de Regulação do Acesso e seus respectivos diagnósticos aos pacientes de 0 a 120 anos residentes na Região Administrativa Central da Região de Saúde Central-Norte do ES, contemplando os Municípios relacionados neste projeto, pelo período de vigência estipulado em Edital de Credenciamento, conforme descrição e quantitativos descritos na tabela abaixo:

TABELA I- PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS E CIRÚRGICOS (0 - 120 ANOS)

ITEM	COD.SIGTAP	PROCEDIMENTO CLÍNICO CONSULTA	QUANT. TOTAL	VALOR R\$ TABELA SUS e/ou SUS ES	TOTAL R\$(01)
01	03.01.01.007-2	Consulta médica especializada em oftalmologia	15.000	R\$ 30,00	R\$ 450.000,00
ITEM	COD. SIGTAP	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO – EXAMES	QUANT. TOTAL	VALOR R\$ TABELA SUS e/ou SUS ES	TOTAL R\$
02	02.11.06.001-1	Biometria ultrassônica (monocular) 2x	10.000	R\$ 24,24	R\$ 242.400,00
03	02.11.06.014-3	Microscopia especular de córnea	10.000	R\$ 24,24	R\$ 242.400,00
04	02.11.06.003-8	Campimetria computadorizada	3.750	R\$ 40,00	R\$ 150.000,00



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

05	02.05.02.002-0	Paquimetria ultrassônica	3.750	R\$ 14,81	R\$ 55.537,50
06	02.11.06.026-7	Topografia computadorizada de córnea	3.750	R\$ 24,24	R\$ 90.900,00
07	02.11.06.018-6	Retinografia fluorescente	3.750	R\$ 64,00	R\$ 240.000,00
08	02.05.02.008-9	Ultra-sonografia de globo ocular /orbita (monocular)	1.750	R\$ 24,20	R\$ 42.350,00
09	02.11.06.028-3	Tomografia de coerencia óptica	3000	R\$ 48,00	R\$ 144.000,00

ITEM	COD. SIGTAP	PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	QUANT. TOTAL	VALOR TABELA SUS e/ou SUS ES R\$	TOTAL R\$
10	04.05.05.037-2	Facoemulsificação c/ implante de lente intra-ocular dobrável (catarata)	10.000	R\$ 771,60	R\$ 7.716.000,00
11	04.05.05.002-0	Capsulotomia a yag laser	3.000	R\$ 112,77	R\$ 338.310,00
12	04.05.05.036-4	Tratamento cirúrgico de pterígio	3.000	R\$ 209,55	R\$ 628.650,00
13	04.05.03.013-4	Vitrectomia anterior	65	R\$ 381,08	R\$ 24.770,20
14	04.05.02.001-5	Correção cirúrgica de estrabismo (acima de 2 músculos)	125	R\$ 1.661,76	R\$ 207.720,00
15	04.05.02.002-3	Correção cirúrgica do estrabismo (até 2 músculos)	95	R\$ 1.167,72	R\$ 110.933,40
16	04.05.05.017-8	Iridectomia cirúrgica	100	R\$ 297,46	R\$ 29.746,00
17	04.05.05.032-1	Trabeculectomia	50	R\$ 898,35	R\$ 44.917,50
18	04.05.04.020-2	Tratamento de ptose palpebral (blefaroplastia)	500	R\$ 449,44	R\$ 224.720,00



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

19	04.05.03.014-2	Vitrectomia posterior	35	R\$ 2.667,29	R\$ 93.355,15
20	04.05.03.016-9	Vitrectomia posterior com infusão de perfluocarbono e endolaser	35	R\$ 4.183,12	R\$ 146.409,20
21		Vitrectomia posterior com infusão de	12		
	04.05.03.017-7	perfluocarbono/óleo de silicone/endolaser		R\$ 4.701,84	R\$ 56.422,08
22	04.05.01.001-0	Correção cirúrgica de entropio e ectropio	40	R\$ 203,74	R\$ 8.149,60
23	04.05.01.003-6	Dacriocistorrinostomia	10	R\$ 681,67	R\$ 6.816,70
24	04.05.04.019-9	Tratamento cirúrgico de xantelasma	40	R\$ 116,42	R\$ 4.656,80
25	04.05.05.008-9	Exerese de tumor de conjuntiva	10	R\$ 82,28	R\$ 822,80
26	04.05.01.007-9	Exerese de calazio e outras pequenas lesões da palpebra e supercílios	60	R\$ 78,75	R\$ 4.725,00
27	04.05.05.015-1	Implante secundário de lente intra-ocular	50	R\$ 1.112,83	R\$ 55.641,50
28	04.05.04.007-5	Eviscerção de globo ocular	10	R\$ 587,51	R\$ 5.875,10
29	04.05.05.014-3	Implante intra-estromal (ceratocone)	20	R\$ 1.083,55	R\$ 21.671,00
30	04.05.04.021-0	Reposicionamento de lente intraocular	100	R\$ 453,60	R\$ 45.360,00
31	04.05.01.018	Tratamento cirúrgico de blefarocalase	500	R\$ 95,42	R\$ 47.710,00
32	04.05.01.005-2	Epilação a laser	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
33	04.05.01.008-7	Extirpação de glandula lacrimal	10	R\$ 577,44	R\$ 5.774,40
34	04.05.01.004-4	Drenagem de abscesso de pálpebra	20	R\$ 22,93	R\$ 458,60
35	04.05.01.011-7	Reconstituição de canal lacrimal	20	R\$ 689,66	R\$ 13.793,20



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

36	04.05.01.019-2	Tratamento cirúrgico de triquiase c/ ous/ nxerto	20	R\$ 278,90	R\$ 5.578,00
37	04.05.01.020-6	Punctoplastia	20	R\$ 19,14	R\$ 382,80
38	04.05.01.017-6	Sutura de palpebras	20	R\$ 143,99	R\$ 2.879,80
39	04.05.01.015-0	Sondagem de canal lacrimal sob nestesia geral	10	R\$ 203,73	R\$ 2.037,30
40	04.05.01.016-8	Sondagem de vias lacrimais	20	R\$ 22,93	R\$ 458,60
41	04.05.01.010-9	Oclusão de ponto lacrimal	20	R\$ 19,14	R\$ 382,80
42	04.05.04.015-6	Reconstituição de cavidade orbitária	06	R\$ 587,51	R\$ 3.525,06
43	04.05.04.016-4	Reconstituição de parede da órbita	06	R\$ 730,42	R\$ 4.382,52
44	04.05.04.009-1	Exerese de tumor maligno intra-ocular	10	R\$ 650,66	R\$ 6.506,60
45	04.05.04.001-6	Correção cirúrgica de lagofalmo	20	R\$ 282,09	R\$ 5.641,80
46	04.05.01.002-8	Correção cirúrgica de epicanto e telecanto	20	R\$ 278,90	R\$ 5.578,00
47	04.05.01.014-1	Simblefaroplastia	06	R\$ 203,74	R\$ 1.222,44
48	04.05.01.013-3	Reconstituição total de palpebra	06	R\$ 1.138,66	R\$ 6.831,96
49	04.05.01.012-5	Reconstituição parcial de palpebra com tarsorrafia	06	R\$ 311,04	R\$ 1.866,24
TOTAL			72.777	-	R\$ 11.549.169,65



Tabela II - Municípios que compõem a Região Administrativa Central da Região de Saúde Central-Norte do ES (PDR 2020 – ES).

MUNICÍPIOS e POPULAÇÃO REGIONAL	
Região Central e Metropolitana	
Águia Branca	10.075
Alto Rio Novo	7.979
Aracruz	94.765
Baixo Guandu	31.633
Colatina	123.598
Fundão	18.014
Gov. Lindemberg	12.444
Itarana	10.494
Itaguaçu	14.023
João Neiva	16.722
Laranja da Terra	11.457
Linhares	166.491
Mantenópolis	15.272
Marilândia	12.479
Pancas	23.559
Rio Bananal	19.321
S. Domingos Norte	8.764
S. Gabriel Palha	36.858
S. Roque Canaã	12.483
Sooretama	28.509
Vila Valério	14.677
Total	698.381

FONTE: IBGE/2019.



2.2 Os bens, objeto desta contratação são caracterizados como comuns, nos termos do inciso XIII do art. 6º e art. 20 da Lei nº 14.133/2021.

2.3 O objeto desta contratação não se enquadra como sendo bem de luxo, conforme Decreto nº 5.352-R.

2.4 Havendo divergência na descrição dos itens entre o Termo de Referência e o sistema Compras Governamentais prevalece o que está no Termo de Referência.

3. DA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

3.1 Possuir cadastro atualizado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), com o profissional executante do serviço devidamente cadastrado e o CBO compatível com a especialidade credenciada.

3.2 Alvará Sanitário, fornecido pela Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal.

3.3 Comprovação de registro da proponente no Conselho Regional de Medicina.

3.4 Possuir registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e quadro de profissionais habilitados para realização de atendimentos especializados em oftalmologia.

3.5 Comprovação de que a proponente prestou, sem restrição, serviço igual ou semelhante ao indicado no presente Termo. A comprovação será feita por meio de apresentação de, no mínimo, 1 (um) atestado, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado, emitido por pessoa física ou jurídica, tomadora do serviço, compatível com o objeto deste credenciamento.

3.6 Cadastro do CNPJ junto a CNAE – Classificação Nacional de Atividade Econômica, no serviço necessário para o desenvolvimento do objeto deste projeto;

3.7 Comprovação de registro dos profissionais médicos no Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo – CRM/ES, bem como os demais profissionais que se fizerem necessário para o atendimento;

3.8 Comprovação de que a participante prestou, sem restrição, serviço igual ou semelhante ao indicado no Anexo I, do Edital. A comprovação será feita por meio de apresentação de, no mínimo, 1 (um) atestado, devidamente assinado, carimbado e



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

em papel timbrado, emitido por pessoa física ou jurídica, tomadora do serviço, compatível com o objeto deste credenciamento, observando o limite de 50% do quantitativo a ser credenciado, por prestador interessado, admitindo-se o somatório de atestados executados em um mesmo período;

3.9 Alvará Sanitário (ou Licença Sanitária/Licença de Funcionamento) da proponente, expedido pela Vigilância Sanitária Estadual (conforme a Lei Estadual nº 6.066/99, art. 40, ou correspondente normatização da sede da proponente).

3.10 Capacidade técnica profissional:

3.10.1 Comprovação de possuir em seu quadro permanente, profissional reconhecido pelo Conselho Regional de Medicina com formação na especialidade indicada. E que seja detentor do no mínimo 1 (um) atestado de Responsabilidade Técnica por execução de serviços de características semelhantes a especificação do lote disputado, devidamente carimbado e assinado pelo órgão ou entidade pública ou privada declarante;

3.10.2 Deverão constar no(s) atestado(s) de capacidade técnica ou CAT os seguintes dados: nome do CONTRATANTE e do contratado, data de início e término dos serviços; local de execução; características dos serviços e os quantitativos executados, com a expressa identificação dos definidos neste Edital; e informação sobre o bom desempenho dos serviços.

3.10.3 Havendo exigência legal, os atestados devem ser firmados por profissionais, representantes da licitante, que possuam habilitação no correspondente Conselho profissional.

3.10.4 O referido profissional poderá ocupar a posição de diretor, sócio ou integrar o quadro permanente da empresa licitante, na condição de empregado ou de prestador de serviços, devendo comprovar, obrigatoriamente, sua vinculação com a licitante, até a data da apresentação dos documentos de habilitação, por meio de carteira de trabalho e previdência social (CTPS), contrato de prestação de serviços, ficha de registro de empregado ou contrato social, conforme o caso.

3.10.5 Para fins da assinatura do contrato a Contratada deverá apresentar diploma de ensino superior de cada médico incumbido pela prestação dos serviços pela empresa e comprovante de registro ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM), dos respectivos profissionais.



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

3.10.6 O contrato de prestação de serviços que se refira à obrigação futura do profissional em responder tecnicamente pelo licitante deverá especificar sua vinculação à execução integral da obra/serviço objeto desta licitação.

3.10.7 O profissional indicado pelo licitante para fins de comprovação da capacidade técnico profissional deverá acompanhar a execução dos serviços, admitindo-se sua substituição por profissionais de experiência equivalente ou superior, desde que aprovada pela Administração. Para essa substituição, a qualificação técnica do profissional substituto deverá atender as mesmas exigências deste Edital.

3.10.8 Será admitido o somatório de atestados para comprovação da experiência anterior do Responsável Técnico, podendo inclusive indicar mais de um Responsável Técnico, na execução de todos os serviços discriminados.

3.10.9 No caso de dois ou mais licitantes indicarem um mesmo profissional como responsável técnico todas serão inabilitadas.

4. DA QUALIFICAÇÃO ECONÔMICA – FINANCEIRA

4.1 Balanço Patrimonial e Demonstrações Contábeis do último exercício social, na forma da Lei, já exigíveis, certificado por contabilista registrado no Conselho Regional de Contabilidade competente (com firma reconhecida em cartório), contendo termo de abertura, encerramento e registro no órgão competente, extraídos do livro diário, comprovando a boa situação financeira da participante, podendo ser atualizado por índices oficiais na hipótese de encerrados há mais de 03 (três) meses da data de sua apresentação, vedada a substituição por Balancetes e Balanços provisórios.

4.1.1 Para Sociedade Anônima e outras Companhias obrigadas à publicação de Balanço, na forma da Lei 6.404/76, cópias da publicação de:

- Balanço patrimonial;
- Demonstração do resultado do exercício;
- Demonstração das origens e aplicações de recursos;
- Demonstração das mutações do Patrimônio Líquido;
- Notas explicativas do balanço.



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

4.1.2 Para outras empresas:

- Balanço patrimonial registrado na Junta Comercial;
- Demonstração do resultado do exercício.
- Cópia do termo de abertura e de encerramento do livro Diário, devidamente registrado na Junta Comercial.

4.2 Somente serão habilitados os participantes que apresentarem no Balanço Patrimonial, os seguintes índices: Índice de Liquidez Geral - ILG, Índice de Solvência Geral – ISG e Índice de Liquidez Corrente - ILC igual ou maior que 1,00 (um);

4.2.1 As fórmulas para o cálculo dos índices referidos acima são os seguintes:

i) Índice de Liquidez Geral:

$$ILG = \frac{(AC + RLP)}{(PC + PNC)}$$

Onde:

ILG – Índice de Liquidez Geral;

AC – Ativo Circulante;

RLP – Realizável a Longo Prazo;

PC – Passivo Circulante;

PNC – Passivo Não Circulante* ;

ii) Índice de Solvência Geral:

$$ISG = \frac{AT}{PC + PNC}$$

Onde:

ISG – Índice de Solvência Geral;

AT – Ativo Total;

PC – Passivo Circulante;



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

PNC – Passivo Não Circulante*;

iii) Índice de Liquidez Corrente:

$$ILC = \frac{AC}{PC}$$

Onde:

ILC – Índice de Liquidez Corrente;

AC – Ativo Circulante;

PC – Passivo Circulante;

4.3 Os credenciados que apresentarem resultado menor do que 1,00 (um), em qualquer dos índices referidos acima, quando de suas habilitações, deverão comprovar patrimônio líquido mínimo, ou prestar garantia equivalente a 1% (um por cento) do valor estimado para a contratação, considerado o valor estimado para o período de 12 meses, para fins de habilitação;

4.3.1 A comprovação de patrimônio líquido será equivalente a 10 % (dez por cento) do valor estimado para contratação, considerado o valor estimado para o período de 12 meses, conforme determina o Art. 69 § 4º da Lei 14.133/21, admitida a atualização para a data de apresentação da proposta, através de índices oficiais.

4.4 Certidões Negativa de Falência, Recuperação Judicial e Recuperação Extrajudicial expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, observada a data de validade definida no instrumento.

4.4.1 No caso de silêncio do documento a respeito de sua validade, a certidão negativa de falência para fins de habilitação, deverá apresentar data de emissão de, no máximo 90 (noventa) dias anteriores à data fixada para a sessão de abertura do credenciamento.

4.4.2 Caso o credenciado se encontre em processo de recuperação judicial ou extrajudicial, deverá ser cumprida, por meio da documentação apropriada, a sentença homologatória do plano de recuperação judicial, além do cumprimento dos demais requisitos de habilitação, constante neste edital.



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

Parágrafo primeiro. Caso o objeto contratual venha a ser cumprido por filial da credenciada, os documentos exigidos neste item também deverão ser apresentados pela filial executora do contrato, sem prejuízo para a exigência de apresentação dos documentos relativos à sua matriz.

Parágrafo segundo. A comprovação dos índices referidos na alínea “5.2”, bem como do patrimônio líquido aludido na alínea “5.3”, deverão se basear nas informações constantes nos documentos listados na alínea “5.1” deste item, constituído obrigação exclusiva do participante a apresentação dos cálculos de forma objetiva, sob pena de inabilitação.

5. DA HABILITAÇÃO JURÍDICA

5.1 Registro comercial, no caso de empresa individual.

5.2 Ato constitutivo, estatuto ou contrato em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e no caso de sociedade por ações, acompanhado dos documentos de eleição de seus atuais administradores.

5.3 Inscrição do ato constitutivo no caso de sociedades civis, acompanhada de documentação que identifique a Diretoria em exercício.

5.4 Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente.

6. DA REGULARIZAÇÃO FISCAL E TRABALHISTA

6.1 Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ.

6.2 Prova de regularidade para com a Fazenda Pública Federal, Estadual (onde for sediada a empresa e a do Estado do Espírito Santo, quando a sede não for deste Estado) e Municipal da sede da licitante, e Prova de regularidade com a Seguridade Social (INSS).

6.3 Prova de regularidade com a Dívida Ativa da União.

6.4 Prova de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS.



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

6.5 Alvará de Localização Municipal.

6.6 Certificado Cadastral – CRC emitido junto ao Sistema Integrado de Gestão Administrativa – SIGA.

6.7 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas.

6.8 Certidão de Regularidade no Sistema Integrado de Gestão das Finanças Públicas do Espírito Santo – SIGEFES.

§1º. Caso o objeto contratual venha a ser cumprido por filial da Credenciada, os documentos exigidos neste item também deverão ser apresentados pela filial executora do contrato, sem prejuízo para a exigência de apresentação dos documentos relativos à sua matriz.

§2º. Nos casos de microempresas, empresas de pequeno porte ou equiparadas, não se exige comprovação de regularidade fiscal para fins de habilitação, mas somente para formalização da contratação, observadas as seguintes regras:

I – A credenciada deverá apresentar, à época da habilitação, todos os documentos exigidos para efeito de comprovação de regularidade fiscal, mesmo que apresentem alguma restrição;

II - Havendo alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal, é assegurado o prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados da apresentação dos documentos, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa;

III - Em caso de atraso por parte do órgão competente para emissão de certidões comprobatórias de regularidade fiscal, a credenciada poderá apresentar à Administração outro documento que comprove a extinção ou suspensão do crédito tributário, respectivamente, nos termos dos artigos 156 e 151 do Código Tributário Nacional, acompanhado de prova do protocolo do pedido de certidão.

IV - Na hipótese descrita no inciso anterior, a credenciada terá o prazo de 10 (dez) dias, contado da apresentação dos documentos a que se refere o parágrafo anterior, para apresentar a certidão comprobatória de regularidade fiscal;

V - O prazo a que se refere o inciso anterior poderá, a critério da Administração Pública, ser prorrogado por igual período, uma única vez, se demonstrado pela



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

credenciada a impossibilidade de o órgão competente emitir a certidão;

VI - A formalização da contratação fica condicionada à regularização da documentação comprobatória de regularidade fiscal, nos termos dos incisos anteriores, sob pena de decadência do direito à contratação, sem prejuízo da aplicação das sanções previstas no art. 89 da Lei nº 14.133/2021.

7. DAS RESPONSABILIDADES DA CONTRATANTE

7.1 Fiscalizar a execução do contrato mediante procedimentos de supervisão indireta ou in loco, observando o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste termo e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

7.2 Providenciar a publicação do instrumento contratual.

7.3 Garantir o pagamento destinado à cobertura dos serviços executados desde que autorizados.

8. DAS RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

8.1 Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário.

8.2 Manter sempre a qualidade na prestação de serviço executado.

8.3 Garantir a confidencialidade dos dados e informações do paciente.

8.4 Esclarecer aos pacientes e familiares/responsáveis sobre os seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

8.5 Facilitar a CONTRATANTE o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços, prestando todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da CONTRATANTE designados para tal fim.

8.6 Responsabilizar-se exclusiva e integralmente pelos profissionais necessários para execução do objeto, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos à CONTRATANTE e/ou MINISTÉRIO DA SAÚDE.



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

- 8.7** Justificar a CONTRATANTE ou o seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos neste Termo de Referência;
- 8.8** Informar à CONTRATANTE, sempre que solicitado, todos os dados sobre quantitativo de procedimentos realizados;
- 8.9** Prestar os serviços, objeto deste credenciamento, respeitando os critérios estabelecidos pela CONTRATANTE, de garantia e facilitação do acesso descentralizado aos usuários do SUS, com base nos princípios de regionalização e acessibilidade.
- 8.10** Comprovar os registros dos profissionais de saúde que executarão o serviço contratado, junto aos conselhos de fiscalização profissional competente (CRM e afins).
- 8.11** Manter o quadro de trabalhadores atualizado no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), bem como os demais itens da estrutura.
- 8.12** Registrar as ocorrências havidas durante a execução do presente contrato, de tudo dando ciência à CONTRATANTE, respondendo integralmente por sua omissão.
- 8.13** Executar o serviço contratado, sendo vedada a transferência de responsabilidade, titularidade, ou cessão total ou parcial da atividade.
- 8.14** A Contratada deverá possuir todos os mecanismos de suporte técnico assistencial aos pacientes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas a realização do procedimento.
- 8.15** Fornecer todas as caixas de instrumental cirúrgico, necessárias e compatíveis com o desempenho das atribuições para a realização dos procedimentos da área, durante a vigência do contrato, garantindo o atendimento integral com qualidade e segurança aos pacientes na área de OFTALMOLOGIA;
- 8.16** O preparo e a esterilização dos instrumentais e materiais ficarão a cargo da CONTRATADA e o processo deve obedecer aos protocolos estabelecidos pela legislação vigente.



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

9. DO REGIME DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

9.1 A prestação dos serviços, objeto deste contrato compreende a execução de procedimentos na área de Assistência Especializada para pacientes/usuários do SUS, conforme descrito neste Termo.

9.2 Na execução dos serviços objeto do credenciamento, os pacientes/usuários do SUS deverão ser referenciados pelo Núcleo de Regulação de Consultas e Exames da Superintendência Regional de Saúde de Colatina. Havendo alterações no modelo de regulação utilizado, os fluxos e rotinas serão normatizados pela SESA e sua operacionalização estabelecida e informada aos serviços credenciados.

9.3 Os exames deverão ocorrer dentro de horário comercial, de segunda a sexta feira, uma vez que o transporte sanitário municipal é responsável pelo deslocamento do paciente até o local da prestação do serviço. Ressaltamos que este é o único meio do retorno do paciente a sua residência, haja vista que a maioria dos municípios que compõem a Superintendência Regional de Saúde não possui transporte urbano e rural dentro do próprio Município.

9.4 Fica estabelecido o regime de execução indireta, sob forma de empreitada por preço unitário, nos termos da lei 14.133/21 e assim como na Lei Estadual 9.090/2008.

9.5 Os exames/procedimentos deverão ser realizados conforme critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear (SBMN) e RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 38, DE 4 DE JUNHO DE 2008.

9.6 Os laudos emitidos deverão ser elaborados por profissional Médico e especialista em oftalmologia, devidamente registrado pelo Conselho Regional de Medicina, conforme definido no Código Brasileiro de Ocupação.

9.7 Disponibilizar o resultado do exame/procedimento, salvo exceções de dificuldades técnicas devidamente comprovadas, no mesmo dia de realização.

10. DOS PREÇOS E DO REAJUSTAMENTO

10.1 A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, pelos procedimentos a serem realizados na especialidade de oftalmologia, sendo que, o valor para consultas, exames e cirurgias totalizará **R\$ 11.549.169,65** (Onze milhões quinhentos e quarenta e nove mil e cento e sessenta e nove reais e sessenta e cinco centavos), conforme Anexo I.



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

10.2 O quantitativo de consultas, exames e procedimentos poderá ser alterado, para maior em função da demanda crescente nesta Especialidade, conforme existência de registros no Sistema de Regulação Estadual monitorado pela Superintendência Regional de Saúde em Colatina, devendo ser respeitado o **LIMITE DO TETO FINANCEIRO ANUAL**, conforme Anexo I.

10.3 Os preços das consultas estipulados são fixos e irremovíveis, até a redefinição dos valores pela Secretaria Estadual de Saúde ou reajustes da tabela SUS para os procedimentos cirúrgicos e exames.

11. DAS CONDIÇÕES DE FATURAMENTO E PAGAMENTO

11.1 A Secretaria de Estado da Saúde - ES através do Hospital Dr. João dos Santos Neves pagará ao CREDENCIADO pelo serviço efetivamente prestado no mês de referência, sendo vedada a antecipação, na forma abaixo:

11.2 Caberá a Credenciada no 2º dia útil do mês subsequente enviar arquivo de APAC/BPAI/GRCR para processamento no SIA pela SESA/NEPA. A credenciada deverá encaminhar à Superintendência Regional de Saúde de Colatina a relação dos pacientes atendidos com quantidade de cada procedimento realizado, na competência anterior.

11.3 No 25º dia útil, o Núcleo de Regulação do Acesso-NRA do HJSN finalizará a processamento da produção e enviará o relatório da síntese de produção da contratada para conferir com a relação enviada pelo estabelecimento. Após três dias úteis, o NRA do HJSN informará ao setor de faturamento do HJSN o valor aprovado, para emissão de nota fiscal pelo estabelecimento.

11.4 Após, o CREDENCIADO deverá apresentar a Nota Fiscal, em no máximo 02 (dois) dias à HJSN, para atestar (em caso de validação dos atendimentos realizados x produção aprovada), e providenciar o pagamento.

12. DO PRAZO DA VIGÊNCIA

12.1 O prazo de vigência contratual terá início no dia subsequente ao da publicação do resumo do contrato no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo e terá duração enquanto viger o edital de credenciamento.



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

12.2 Após publicação do Resumo do Contrato no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, a Contratada terá 10 (dez) dias corridos para início da execução dos serviços.

13. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

13.1 O atraso injustificado na execução do objeto deste credenciamento sujeitará o CREDENCIADO à aplicação de multa de mora, nas seguintes condições:

13.1.1 Fixa-se a multa de mora em 0,3 % (três décimos por cento) por dia de atraso, incidir sobre o valor total reajustado do serviço CREDENCIADO, ou sobre o saldo reajustado não atendido, caso serviço CREDENCIADO, encontre-se parcialmente executada;

13.1.2 Os dias de atraso serão contabilizados em conformidade com o cronograma de execução do objeto;

13.2 A aplicação da multa de mora não impede que a Administração rescinda unilateralmente o Credenciamento e aplique as outras sanções previstas no Art. 162 da Lei Federal nº. 14.133/2021.

13.3 A inexecução total ou parcial do ajuste ensejará a aplicação das seguintes sanções ao CREDENCIADO:

- a) Advertência;
- b) Multa compensatória por perdas e danos, no montante de 10% (dez por cento) sobre o saldo contratual reajustado não executado pelo particular;
- c) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública Estadual, Direta ou Indireta, por prazo não superior a 02 (dois) anos;
- d) Impedimento para licitar e contratar com a Administração Pública Estadual, Direta ou Indireta, pelo prazo de até 05 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas em Edital e no contrato e das demais cominações legais, especificamente nas hipóteses em que o licitante, convocado dentro do prazo de validade da sua proposta, não celebrar o contrato, deixar de entregar ou apresentar documentação falsa exigida para o certame, ensejar o retardamento da execução de seu objeto, não mantiver a proposta, falhar ou fraudar na execução do contrato, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal;
- e) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública,



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

em toda a Federação, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base na alínea “c”.

§ 1º. As sanções previstas nas alíneas “a”, “c”; “d” e “e” deste item, não são cumulativas entre si, mas poderão ser aplicadas juntamente com a multa compensatória por perdas e danos (alínea “b”).

§ 2º. Quando imposta uma das sanções previstas nas alíneas “c”, “d” e “e”, a autoridade competente submeterá sua decisão ao Secretário de Estado de Gestão e Recursos Humanos - SEGER, a fim de que, se confirmada, tenha efeito perante a Administração Pública Estadual.

§ 3º. Caso as sanções referidas no parágrafo anterior não sejam confirmadas pelo Secretário de Estado de Gestão e Recursos Humanos - SEGER, competirá ao órgão promotor do certame, por intermédio de sua autoridade competente, decidir sobre a aplicação ou não das demais modalidades sancionatórias.

§ 4º. Confirmada a aplicação de quaisquer das sanções administrativas previstas neste item, competirá ao órgão promotor do certame proceder com o registro da ocorrência no SICAF, em campo apropriado. No caso da aplicação da sanção prevista na alínea “d”, deverá, ainda, ser solicitado o descredenciamento do licitante no SICAF.

13.4 As sanções administrativas somente serão aplicadas mediante regular processo administrativo, assegurada a ampla defesa e o contraditório, observando-se as seguintes regras:

- a)** Antes da aplicação de qualquer sanção administrativa, a SESA/HJSN deverá notificar o CREDENCIADO, facultando-lhe a apresentação de defesa prévia;
- b)** A notificação deverá ocorrer pessoalmente ou por correspondência com aviso de recebimento, indicando, no mínimo: a conduta do CREDENCIADO reputada como infratora, a motivação para aplicação da penalidade, a sanção que se pretende aplicar, o prazo e o local de entrega das razões de defesa;
- c)** O prazo para apresentação de defesa prévia será de 05 (cinco) dias úteis a contar da intimação, exceto na hipótese de declaração de inidoneidade, em que o prazo será de 10 (dez) dias consecutivos, devendo, em ambos os casos, ser observada a regra da lei nº 14.133/21 e seus decretos.



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

- d) O CREDENCIADO comunicará a SESA as mudanças de endereço ocorridas no curso do processo de credenciamento e da vigência do ajuste, considerando-se eficazes as notificações enviadas ao local anteriormente indicado, na ausência da comunicação;
- e) Ofertada a defesa prévia ou expirado o prazo sem que ocorra a sua apresentação, a SESA/HJSN proferirá decisão fundamentada e adotarão as medidas legais cabíveis, resguardado o direito de recurso do CREDENCIADO, que deverá ser exercido nos termos da Lei Federal nº. 14.133/21;
- f) O recurso administrativo a que se refere à alínea anterior será submetido à análise da Procuradoria Geral do Estado do Espírito Santo.

13.5 Os montantes relativos às multas moratórias e compensatórias aplicadas pela Administração poderão ser cobrados judicialmente ou descontados dos valores devidos ao CREDENCIADO, relativos às parcelas efetivamente executadas sobre o serviço CREDENCIADO.

13.6 Nas hipóteses em que os fatos ensejadores da aplicação das multas acarretarem também a rescisão do ajuste, os valores referentes às penalidades poderão ainda ser descontados da garantia prestada pelo CREDENCIADO.

13.7 Em qualquer caso, se após o desconto dos valores relativos às multas restar valor residual em desfavor do CREDENCIADO, é obrigatória a cobrança judicial da diferença.

14. DO DESCREDENCIAMENTO E DA REVOGAÇÃO

14.1 O descumprimento de quaisquer condições previstas no Edital de Credenciamento, na Lei Federal nº. 14.133/21, Lei Estadual 9.090/2008, Lei Complementar Estadual 907/2019 e demais legislações vigentes, ensejará o descredenciamento da instituição e, conseqüentemente, a rescisão do contrato.

14.1.1 Naquilo que couber, serão adotados para o descredenciamento os mesmos procedimentos utilizados para a rescisão do Contrato.

14.1.2 Ocorrendo o descredenciamento o interessado somente poderá solicitar novo credenciamento após 06 (seis) meses, sem prejuízo das sanções aplicáveis.

14.2 A SESA poderá revogar o credenciamento quando assim exigir o interesse público, mediante decisão fundamentada, sem que reste qualquer direito de



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

indenização em favor dos Credenciados, mas garantindo-se o pagamento dos serviços prestados até a data da revogação.

15. DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO

15.1 As entidades credenciadas serão fiscalizadas pelo Hospital João dos Santos Neves, por servidor designado pela Direção Geral do HJSN.

15.2 A CONTRATADA deverá manter acesso permanentemente livre às dependências onde estiver instalada, bem como seus arquivos e controle referente à execução do contrato, para os servidores responsáveis pela fiscalização e qualquer outro representante do Estado.

15.3 As instituições serão avaliadas de acordo com os critérios estabelecidos neste projeto básico e no Contrato, devendo a CONTRATANTE observar os seguintes aspectos:

Quanto aos pacientes:

a) Número de procedimentos contratados X Procedimentos realizados;

Quanto a Contratada:

b) Estrutura física / equipamentos;

c) Protocolos e fluxos de atendimento em acordo às diretrizes do Ministério da Saúde; e

d) Acolhimento.

15.4 Ocorrendo o descumprimento de quaisquer dos aspectos previstos no item 9 ou das obrigações e vedações constantes nos Anexos, a CONTRATADA será notificada para adequação no prazo determinado pela SESA/HJSN.

15.5 Nos casos em que a CONTRATADA deixar de realizar as adequações no prazo estipulado e que tais adequações interfiram na segurança do paciente ou de seu acolhimento e cuidado, bem como no descumprimento de normas relativas à assistência, os novos encaminhamentos poderão ser suspensos cautelarmente mediante justificativa, até que se proceda a sua correção.

15.6 A notificação da contratada e a suspensão do envio de novos pacientes não dispensam a abertura de processo administrativo e a aplicação das sanções previstas na Lei 14.133/21.



16. DAS CONDIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

16.1 A **Contratada** deverá atender as especificações do objeto respeitando os limites de faixa etária.

16.2 Todos os insumos, equipamentos e recursos humanos necessários para a realização dos serviços serão de responsabilidade da **Contratada**.

16.3 A **Contratada** deverá apresentar no início do contrato, ao Sistema de Regulação Regional, as agendas/escalas fixas considerando o quantitativo de cada procedimento contratado. As agendas/escalas deverão ser apresentadas em formulário padrão adotado pelo Sistema MV – Regulação Formativa.

16.4 A **Contratada** deverá responsabilizar-se pela organização das agendas, de acordo com seus Planos Operativos ou os respectivos contratos, sendo necessária autorização da coordenação do Núcleo de Regulação da Regional, qualquer mudança na sua configuração e comunicando até o quinto (5º) dia do mês anterior quaisquer alterações previsíveis na agenda do mês subsequente, garantindo o atendimento caso já existam agendas marcadas, utilizando o formulário padrão do Sistema MV – Regulação Formativa.

16.5 A **Contratada** deverá comunicar imediatamente sobre qualquer situação imprevisível que cause alterações temporárias e imediatas de capacidade instalada e, conseqüentemente, da oferta de serviços em qualquer das Unidades Executantes, seja de caráter humano ou material, de forma a providenciar o afastamento dos profissionais responsáveis pelas agendas que estiverem impedidas, evitando assim problemas no fluxo de encaminhamento. Esta informação deve ser feita de forma imediata, por email ou telefone ao usuário, às Centrais Municipais de Regulação do município de residência do paciente, bem como, ao Núcleo de Regulação da Regional.

16.6 A **Contratada** deverá “Confirmar chegada” de todos os usuários que comparecerem e registrar como “Realizado”, finalizando o atendimento de todos que forem efetivamente atendidos, utilizando a “senha” – do Sistema MV Regulação formativa - ou conforme regramento do sistema a ser utilizado. O registro de “Realizado” no Sistema MV deverá ser feito somente após os usuários serem efetivamente atendidos, vez que poderá ocorrer interrupção na realização do procedimento no dia agendado, por motivos diversos, inclusive inerentes as condições físicas e psíquicas do próprio paciente. Em caso de não realização do procedimento,



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

registrar como “Não realizado”, especificando o motivo como, por exemplo, FALTA DO CIDADÃO (caso o paciente não compareça) ou OUTROS motivos.

16.7 A **Contratada** deverá registrar no Sistema MV Regulação formativa, as solicitações de encaminhamento e solicitações de retornos, quando necessário para à garantia de continuidade do atendimento dos usuários. Também deverá providenciar agenda/escala para a marcação dos retornos e encaminhamentos de procedimentos previstos no contrato. Caso paciente necessite de procedimento não contemplado no contrato, deverá realizar o encaminhamento via Sistema MV Regulação formativa conforme instrução do Núcleo de Regulação Regional.

16.8 A **Contratada** deverá indicar profissional (gestor) de referência para o referido contrato e comunicar oficialmente à Superintendência Regional de Saúde de Colatina as alterações desse profissional de referência. Este profissional deverá participar dos treinamentos e atualizações que se fizerem necessários para o bom desempenho dos serviços.

16.9 O profissional de referência indicado pela **Contratada** para o contrato em questão será cadastrado no Sistema MV - Regulação Formativa ou qualquer outro programa validado pela Secretaria de Estado da Saúde, como operador da unidade executante, recebendo seu respectivo LOGIN e SENHA.

16.10 A **Contratada** poderá indicar outros profissionais para cadastro de operador de unidade executante no Sistema MV - Regulação Formativa ou qualquer outro programa validado pela Secretaria de Estado da Saúde. Esses profissionais serão responsáveis por: verificar diariamente a agenda relacionada ao seu serviço, atualizar os preparos pertinentes à realização adequado exame e/ou consulta aos usuários e/ou unidades solicitantes municipais, inserir escalas e atualizar as “senhas” de atendimento no sistema.

16.11 A **Contratada** deverá solicitar aos usuários e conferir as documentações necessárias para realização do exame e/ou consulta sendo: Comprovante de agendamento com o número da “senha” emitido pelo Sistema MV – Regulação Formativa, ou outro sistema de regulação utilizado; Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) em caso de exame; ou Guia de Referência e Contra Referência (GRCR) em caso de consulta; ou outro documento validado pela Secretaria de Estado da Saúde que substitua ambos; datado, carimbado e assinado pelo médico assistente; cópia do cartão nacional do SUS, cópia da documentação de



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

identidade e cópia de comprovante de residência.

16.12 A contra-referência deverá ser preenchida devidamente no formulário original e entregue ao usuário ao final do atendimento para encaminhamento/seguimento do tratamento junto ao médico assistente que referenciou. A GRCCR deverá ser copiada pela Contratante para entrega da mesma ao serviço de faturamento.

16.13 A Não observância pela **Contratada**, da documentação necessária mencionada nos itens 16.11, poderá implicar em **NÃO PAGAMENTO** da prestação dos serviços realizados.

16.14 Durante a execução dos serviços a **Contratada** estará sujeita à supervisão, pela **Contratante**, por meio de equipe técnica e médica, sempre que considerar necessário.

17. DO LOCAL DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

17.1 O procedimento credenciado (serviços de consultas, exames complementares e procedimentos cirúrgicos) deverão ser realizados nas dependências do Hospital João dos Santos Neves (HJSN) no seguinte endereço:

Hospital João dos Santos Neves – Rua Doutor Hugo Lopes Nalle, 319 – Centro – Baixo Guandú/ES, CEP: 29.730-000.

17.2 Podendo ser em estruturas próprias ou próximas e/ou dentro de estabelecimentos físicos vinculados às unidades de referência pré- estabelecidas pela Superintendência Regional de Saúde de Colatina.

17.3 Os valores definidos no credenciamento não sofrerão qualquer acréscimo ou redução referente ao custeio das instalações próprias do SUS ou entidades credenciadas.



ASSINATURAS E APROVAÇÕES:

Baixo Guandu/ES, 06 de Junho de 2024

Responsável pelo Projeto Básico

Gislayne Rodrigues da Silva
Chefe NTH Clínica Cirúrgica/HJSN-

Janailson Simões Pinotti
Responsável Técnico/HJSN

Aprovo e autorizo a autuação e tramitação deste processo.

Em: Baixo Guandu/ES, 14 de Junho de 2024

Márcia Cristina Martins Schulz
Diretora Geral/HJSN



ANEXO I –

ROL DE CONSULTAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ESPECIALIZADOS EM OFTALMOLOGIA (0 A 120 ANOS)

ITEM	COD.SIGTAP	PROCEDIMENTO CLÍNICO CONSULTA	QUANT. TOTAL	VALOR R\$ TABELA SUS e/ou SUS ES	TOTAL R\$(01)
01	03.01.01.007-2	Consulta médica especializada em oftalmologia	15.000	R\$ 30,00	R\$ 450.000,00
ITEM	COD. SIGTAP	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO – EXAMES	QUANT. TOTAL	VALOR R\$ TABELA SUS e/ou SUS ES	TOTAL R\$
02	02.11.06.001-1	Biometria ultrassônica (monocular) 2x	10.000	R\$ 24,24	R\$ 242.400,00
03	02.11.06.014-3	Microscopia especular de córnea	10.000	R\$ 24,24	R\$ 242.400,00
04	02.11.06.003-8	Campimetria computadorizada	3.750	R\$ 40,00	R\$ 150.000,00
05	02.05.02.002-0	Paquimetria ultrassônica	3.750	R\$ 14,81	R\$ 55.537,50
06	02.11.06.026-7	Topografia computadorizada de córnea	3.750	R\$ 24,24	R\$ 90.900,00
07	02.11.06.018-6	Retinografia fluorescente	3.750	R\$ 64,00	R\$ 240.000,00
08	02.05.02.008-9	Ultra-sonografia de globo ocular /orbita (monocular)	1.750	R\$ 24,20	R\$ 42.350,00
09	02.11.06.028-3	Tomografia de coerência óptica	3000	R\$ 48,00	R\$ 144.000,00



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

ITEM	COD. SIGTAP	PROCEDIMENTOS CIRURGICOS	QUANT. TOTAL	VALOR R\$ TABELA SUS e/ou SUS ES	TOTAL R\$
10	04.05.05.037-2	Facoemulsificação c/ implante de lente intra-ocular dobrável (catarata)	10.000	R\$ 771,60	R\$ 7.716.000,00
11	04.05.05.002-0	Capsulotomia a yag laser	3.000	R\$ 112,77	R\$ 338.310,00
12	04.05.05.036-4	Tratamento cirúrgico de pterígio	3.000	R\$ 209,55	R\$ 628.650,00
13	04.05.03.013-4	Vitrectomia anterior	65	R\$ 381,08	R\$ 24.770,20
14	04.05.02.001-5	Correção cirúrgica de estrabismo (acima de 2 músculos)	125	R\$ 1.661,76	R\$ 207.720,00
15	04.05.02.002-3	Correção cirúrgica do estrabismo (até 2 músculos)	95	R\$ 1.167,72	R\$ 110.933,40
16	04.05.05.017-8	Iridectomia cirúrgica	100	R\$ 297,46	R\$ 29.746,00
17	04.05.05.032-1	Trabeculectomia	50	R\$ 898,35	R\$ 44.917,50
18	04.05.04.020-2	Tratamento de ptose palpebral (blefaroplastia)	500	R\$ 449,44	R\$ 224.720,00
19	04.05.03.014-2	Vitrectomia posterior	35	R\$ 2.667,29	R\$ 93.355,15
20	04.05.03.016-9	Vitrectomia posterior com infusão de perfluocarbono e endolaser	35	R\$ 4.183,12	R\$ 146.409,20
21		Vitrectomia posterior com infusão de	12		



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

	04.05.03.017-7	perfluorcarbono/óleo de silicone/endolaser		R\$ 4.701,84	R\$ 56.422,08
22	04.05.01.001-0	Correção cirúrgica de entropio e ectropio	40	R\$ 203,74	R\$ 8.149,60
23	04.05.01.003-6	Dacriocistorrinostomia	10	R\$ 681,67	R\$ 6.816,70
24	04.05.04.019-9	Tratamento cirúrgico de xantelasma	40	R\$ 116,42	R\$ 4.656,80
25	04.05.05.008-9	Exerese de tumor de conjuntiva	10	R\$ 82,28	R\$ 822,80
26	04.05.01.007-9	Exerese de calazio e outras pequenas lesões da pálpebra e supercílios	60	R\$ 78,75	R\$ 4.725,00
27	04.05.05.015-1	Implante secundário de lente intra-ocular lio	50	R\$ 1.112,83	R\$ 55.641,50
28	04.05.04.007-5	Eviscerção de globo ocular	10	R\$ 587,51	R\$ 5.875,10
29	04.05.05.014-3	Implante intra-estromal (ceratocone)	20	R\$ 1.083,55	R\$ 21.671,00
30	04.05.04.021-0	Reposicionamento de lente intraocular	100	R\$ 453,60	R\$ 45.360,00
31	04.05.01.018	Tratamento cirúrgico de blefarocalase	500	R\$ 95,42	R\$ 47.710,00
32	04.05.01.005-2	Epilação a laser	20	R\$ 45,00	R\$ 900,00
33	04.05.01.008-7	Extirpação de glandula lacrimal	10	R\$ 577,44	R\$ 5.774,40
34	04.05.01.004-4	Drenagem de abscesso de pálpebra	20	R\$ 22,93	R\$ 458,60
35	04.05.01.011-7	Reconstituição de canal lacrimal	20	R\$ 689,66	R\$ 13.793,20
36	04.05.01.019-2	Tratamento cirúrgico de triquiase c/ ou enxerto	20	R\$ 278,90	R\$ 5.578,00



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

37	04.05.01.020-6	Punctoplastia	20	R\$ 19,14	R\$ 382,80
38	04.05.01.017-6	Sutura de palpebras	20	R\$ 143,99	R\$ 2.879,80
39	04.05.01.015-0	Sondagem de canal lacrimal sobanestesia geral	10	R\$ 203,73	R\$ 2.037,30
40	04.05.01.016-8	Sondagem de vias lacrimais	20	R\$ 22,93	R\$ 458,60
41	04.05.01.010-9	Oclusão de ponto lacrimal	20	R\$ 19,14	R\$ 382,80
42	04.05.04.015-6	Reconstituição de cavidade orbitária	06	R\$ 587,51	R\$ 3.525,06
43	04.05.04.016-4	Reconstituição de parede da órbita	06	R\$ 730,42	R\$ 4.382,52
44	04.05.04.009-1	Exerese de tumor maligno intra-ocular	10	R\$ 650,66	R\$ 6.506,60
45	04.05.04.001-6	Correção cirúrgica de lagofalmo	20	R\$ 282,09	R\$ 5.641,80
46	04.05.01.002-8	Correção cirúrgica de epicanto e telecanto	20	R\$ 278,90	R\$ 5.578,00
47	04.05.01.014-1	Simblefaroplastia	06	R\$ 203,74	R\$ 1.222,44
48	04.05.01.013-3	Reconstituição total de palpebra	06	R\$ 1.138,66	R\$ 6.831,96
49	04.05.01.012-5	Reconstituição parcial de palpebra com tarsorrafia	06	R\$ 311,04	R\$ 1.866,24
TOTAL			72.777	-	R\$ 11.549.169,65



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

**ANEXO II – DEMANDA POR ATENDIMENTOS CADASTRADA NO SISTEMA DE
REGULAÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE- SESA-ES.**

*Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde
Gerência de Assistência Ambulatorial Especializada - GAAE*

FILA ESPERA NO SISTEMA DE REGULAÇÃO DO Estado do Espírito Santo em Maio/2024.
Fonte dados: <https://portalbi.saude.es.gov.br>

REGIÃO CENTRAL - ITENS DE AGENDAMENTO	Fila espera	Demanda cirurgica
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA RETINA	1753	525,9
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA GLAUCOMA ADULTO	725	217,5
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA GERAL	649	97,35
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA GERAL APAE	180	27
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA CATARATA	117	117
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA PTERIGIO	97	97
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA REABILITACAO VISUAL	2	0,3
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA GERAL	1	0,15
CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	40	40
CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)	95	95
EVICERACAO DE GLOBO OCULAR	5	5
EXERESE CALAZIO E PEQUENAS LESOES	42	42
FACIEMULSIFICACAO/BIOMETRIA/MICROSCOPIA	293	293
Subtotal	3999	1557,2
EXAMES OFTALMOLOGICOS	Fila espera	Demanda
BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR) 2X	14	28
CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	2564	2564
CAPSULOTOMIA A YAG LASER	974	974
IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO	70	70
MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	13	13
PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	1038	1038
PTOSE PALPEBRAL (BLEFAROPLASTIA)	610	610
RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL	5	5
RECONSTITUICAO DE PAREDE DA ORBITA	1	1
REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR	33	33
RETINOGRAFIA BINOCULAR	1414	1414
SIMBLEFAROPLASTIA	4	4
SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	2	2
TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA	1906	1906
TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA	39	39
TRABECULECTOMIA	16	16
TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE	1533	1533



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	364	364
TRATAMENTO CIRURGICO DE TRIQUIASE	4	4
TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA	5	5
ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	27	27
VITRECTOMIA POSTERIOR	65	65
Subtotal	10701	10715
REGIÃO NORTE - ITENS DE AGENDAMENTO	Fila espera	Demanda cirúrgica
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA GERAL - NORTE	1046	156,9
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA GLAUCOMA ADULTO - NORTE	404	121,2
CONSULTA DE AVALIACAO RETINOLOGO - NORTE	276	82,8
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA CATARATA - NORTE	152	152
CONSULTA EM ATENDIMENTO EM ORTESE OCULAR - NORTE	122	0
CONSULTA DE AVALIACAO ESTRABISMO - NORTE	100	70
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA PTERIGIO - NORTE	37	37
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA ESTRABISMO - NORTE	16	11,2
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA INJECAO INTRA VITREA - NORTE	3	3
CORRECAO CIRURGICA DE ECTROPIO - NORTE	11	11
CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO - NORTE	4	4
CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS) - NORTE	3	3
EXERESE CALAZIO E PEQUENAS LESOES - NORTE	19	19
FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LIO (CATARATA) - NORTE	51	51
VITRECTOMIA - NORTE	12	12
IMPLANTE SECUNDARIO OU TROCA DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO - NORTE	9	9
REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR - NORTE	21	21
PTOSE PALPEBRAL (BLEFAROPLASTIA) - NORTE	111	111
TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO - NORTE	49	49
TRATAMENTO CIRURGICO DE TRIQUIASE - NORTE	4	4
TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA - NORTE	2	2
Subtotal	2452	930,1
EXAMES OFTALMOLOGICOS	Fila espera	Demanda
MAPEAMENTO DE RETINA - NORTE	3	3
CAPSULOTOMIA A YAG LASER - NORTE	652	652
GRUPO EXAMES GLAUCOMA E RETINA - NORTE	957	957
SIMBLEFAROPLASTIA - NORTE	1	1
SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIAS - NORTE	1	1
TOMOGRRAFIA DE COERENCIA OPTICA - NORTE	188	188
TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA - NORTE	32	32
TRABECULECTOMIA - NORTE	42	42
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE DOENCA DA RETINA - NORTE	4	4
ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) - NORTE	19	19



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

Subtotal	1899	1899
REGIÃO SUL - ITENS DE AGENDAMENTO	Fila espera	Demanda cirúrgica
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA RETINA ADULTO - SUL	1583	474,9
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA PEDIATRIA - SUL	1324	198,6
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA GLAUCOMA ADULTO - SUL	1098	329,4
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA CIRURGIA GLAUCOMA ADULTO - SUL	953	953
CONSULTA EM CIRURGIA PLASTICA OCULAR - SUL	316	221,2
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA ADULTO - SUL	287	43,05
CONSULTA EM CIRURGIA OFTALMOLOGIA RETINA - SUL	177	53,1
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA ESTRABISMO - SUL	159	111,3
CONSULTA EM CIRURGIA CATARATA - SUL	59	59
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA PTERIGIO ADULTO - SUL	44	44
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA CATARATA ADULTO - SUL	42	42
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA INJECÃO INTRA VITREA - SUL	40	40
Subtotal	6082	2569,55
EXAMES OFTALMOLOGICOS	Fila espera	Demanda
PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - SUL	2588	2588
CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS) - SUL	1898	1898
TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL (BLEFAROPLASTIA) - SUL	1166	1166
TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA - SUL	1092	1092
FOTOCOAGULAÇÃO A LASER - SUL	277	277
EXERECISE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PALPEBRA E SUPERCÍLIOS - SUL	157	157
RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR - SUL	142	142
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS) - SUL	125	125
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERIGIO - SUL	114	114
CAPSULOTOMIA A YAG LASER - SUL	96	96
CIRURGIA DE CATARATA SEGUNDO OLHO - SUL	36	36
CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO - SUL	35	35
REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR - SUL	29	29
TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEIA - SUL	22	22
SIMBLEFAROPLASTIA - SUL	13	13
TRABECULECTOMIA - SUL	10	10
TESTE ORTOPTICO - SUL	4	4
ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) - SUL	3	3
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO - SUL	2	2
CIRURGIA DE ESTRABISMO - SUL	1	1
Subtotal	7810	7810



HOSPITAL ESTADUAL JOÃO DOS SANTOS NEVES

REGIÃO METROPOLITANA - ITENS DE AGENDAMENTO	Fila espera	Demanda cirúrgica
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA ADULTO METROPOLITANA	13469	2020,35
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA RETINA METROPOLITANA	5950	892,5
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA GLAUCOMA ADULTO METROPOLITANA	5550	1665
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA PLASTICA OCULAR METROPOLITANA	4010	1203
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA PEDIATRIA METROPOLITANA	1874	1311,8
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA CORNEA METROPOLITANA	1285	192,75
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA BAIXA VISAO METROPOLITANA	571	399,7
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA ESTRABISMO CIRURGICO METROPOLITANA	513	76,95
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA ESTRABISMO METROPOLITANA	377	377
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA CATARATA METROPOLITANA	166	116,2
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA PTERIGIO METROPOLITANA	9	9
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA RETINA CIRURGICA METROPOLITANA	8	8
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA PEDIATRIA ALTA COMPLEXIDADE METROPOLITANA	3	3
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA GLAUCOMA CIRURGICO METROPOLITANA	1	1
Subtotal	33786	8276,25
EXAMES OFTALMOLOGICOS	Fila espera	Demanda
CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA METROPOLITANA	3822	3822
PAQUIMETRIA ULTRASSONICA METROPOLITANA	736	736
GONIOSCOPIA METROPOLITANA	387	387
TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA METROPOLITANA	374	374
CAPSULOTOMIA A YAG LASER METROPOLITANA	10	10
FOTOCOAGULAÇÃO A LASER METROPOLITANA	10	10
RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR METROPOLITANA	6	6
RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR METROPOLITANA	1	1
ULTRASSONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR METROPOLITANA	1	1
Subtotal	5347	5347



ANEXO III – DEFINIÇÃO DE CADA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO SIGTAP

- **FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA O TRATAMENTO DE CATARATA (SENIL, TRAUMÁTICA, CONGÊNITA, COMPLICADA, E OUTRAS) COM USO DE FACOEMULSIFICADOR COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL ACRÍLICA OU DE SILICONE. LENTE INCLUSA NO PROCEDIMENTO.
- **CAPSULOTOMIA A YAG LASER:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA TRATAMENTO A LASER DE OPACIDADES CAPSULARES RETRO LENTICULARES.
- **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA TRATAMENTO DE PTERÍGIO (ESPESSAMENTO VASCULARIZADO DA CONJUNTIVA) COM QUALQUER TÉCNICA.
- **VITRECTOMIA ANTERIOR:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA PARA REMOÇÃO DE VÍTREO EM CÂMARA ANTERIOR (PÓS TRAUMÁTICO OU COMO COMPLICAÇÃO DE CIRURGIA DE CATARATA POR ROTURA DE CÁPSULA POSTERIOR). PODE SER ASSOCIADO A FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LIO, FACECTOMIA SEM IMPLANTE DE LIO E FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LIO.
- **CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS):** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA OU REPARADORA, SOB ANESTESIA LOCAL OU GERAL (CRIANÇAS E PACIENTES ESPECIAIS), INDICADA EM CASOS DE ESOTROPIA, EXOTROPIA OU HETEROTROPIA EM CUJA CORREÇÃO SERÁ NECESSÁRIA A RESSECÇÃO, RECUO OU TENOTOMIA DE MAIS DE DOIS MUSCULOS EXTRA-OCULARES (RETOS OU OBLÍQUOS).
- **CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MÚSCULOS):** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA OU REPARADORA, SOB ANESTESIA LOCAL OU GERAL (CRIANÇAS E PACIENTES ESPECIAIS), INDICADA EM CASOS DE ESOTROPIA, EXOTROPIA OU HETEROTROPIA EM CUJA CORREÇÃO SERÁ NECESSÁRIA A RESSECÇÃO, RECUO OU TENOTOMIA DE UM OU DOIS MUSCULOS EXTRA-OCULARES (RETOS OU OBLÍQUOS).
- **IRIDECTOMIA CIRÚRGICA:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA TRATAMENTO DE GLAUCOMA OU EM PACIENTES COM IMPLANTE DE ÓLEO DE SILICONE INTRA-VÍTREO.



- **TRABECULECTOMIA:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL OU GERAL (CRIANÇAS E PACIENTES ESPECIAIS), POR CIRURGIA FISTULIZANTE PARA TRATAMENTO DE GLAUCOMA. JÁ INCLUI IRIDECTOMIA.
- **TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, PARA TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL CONGÊNITA OU ADQUIRIDA (EXCLUI O TRATAMENTO DE BLEFAROCÁLASE).
- **VITRECTOMIA POSTERIOR:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO HOSPITALAR COM FINALIDADE TERAPÊUTICA OU DIAGNÓSTICA, SOB ANESTESIA LOCAL OU GERAL (CRIANÇAS E PACIENTES ESPECIAIS), PARA TRATAMENTO DE DESCOLAMENTO DE RETINA E/OU ALTERAÇÕES VÍTREAS (HEMORRAGIA, INFLAMAÇÃO, INFECÇÃO). INCLUI ENDOLASER QUANDO NECESSÁRIO.
- **VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO HOSPITALAR COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL OU GERAL (CRIANÇAS E PACIENTES ESPECIAIS), PARA TRATAMENTO DE DESCOLAMENTO DE RETINA COM TRAÇÕES VÍTREAS E/OU PROLIFERAÇÃO VÍTREORRETINIANA.
- **VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO HOSPITALAR COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL OU GERAL (CRIANÇAS E PACIENTES ESPECIAIS), PARA TRATAMENTO DE DESCOLAMENTO DE RETINA COM TRAÇÕES VÍTREAS E/OU PROLIFERAÇÃO VÍTREORRETINIANA. INCLUI INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO QUANDO NECESSÁRIO.
- **CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO COM FINALIDADE TERAPEUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL OU GERAL (CRIANÇAS E PACIENTES ESPECIAIS), DE ENTROPIO OU ECTOPRIO PALPEBRAL DE QUALQUER ORIGEM (SENIL, CICATRICAL,TRAUMATICO, PARALITICO, ETC.)
- **DACRIOCISTORRINOSTOMIA:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO COM FINALIDADE TERAPEUTICA, SOB ANESTESIA GERAL, DE OBSTRUCOES LACRIMAIS UNILATERAIS COMPROVADAS POR EXAME RADIOLOGICO (DACRIOCISTORRINOGRRAFIA) OU POR EXAME DE SONDAGEM LACRIMAL. PODE SER REALIZADO POR CIRURGIA ENDOSCOPICA NASAL OU PELA VIA CLASSICA, TRANSDERMICA.
- **IRIDECTOMIA CIRURGICA:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA TRATAMENTO DE GLAUCOMA OU EM PACIENTES COM IMPLANTE DE ÓLEO DE SILICONE INTRA-VÍTREO.



- **TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA REMOÇÃO DE LESÕES PALPEBRAIS DE XANTELASMA.
- **EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL OU GERAL (CRIANÇAS E PACIENTES ESPECIAIS) PARA REMOÇÃO DE LESÃO TUMORAL CONJUNTIVAL. DEVE SER ACOMPANHADA DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICO.
- **EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA RETIRADA DE CALAZIO, CISTOS DE MOLL, NEVUS PALPEBRAIS, MILIUM E OUTRAS PEQUENAS LESOES PALPEBRAIS E EM REGIAO DE SUPERCILIO (UNILATERAL).
- **IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR – LIO:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA PARA IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR PARA O TRATAMENTO DE AFACIA. INDICADO PARA IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR COMO UM SEGUNDO TEMPO DA FACECTOMIA SEM IMPLANTE DE LIO. LENTE JÁ INCLUSA NO VALOR.
- **IMPLANTE INTRA-ESTROMAL:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA COM A COLOCAÇÃO DE IMPLANTE INTRA-ESTROMAL PARA O TRATAMENTO DE CERATOCÔNE. INCLUI ANEIS INTRA-ESTROMAIS.
- **EVISCERACAO DE GLOBO OCULAR:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA GERAL, PARA REMOÇÃO DE CONTEÚDO INTRA-OCULAR EM PACIENTES COM SEQÜELAS DE LESÕES TRAUMÁTICAS, INFLAMATÓRIAS OU INFECCIOSAS SEM POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO VISUAL.
- **REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA-OCULAR
- **EVISCERACAO DE GLOBO OCULAR:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA GERAL, PARA REMOÇÃO DE CONTEÚDO INTRA-OCULAR EM PACIENTES COM SEQÜELAS DE LESÕES TRAUMÁTICAS, INFLAMATÓRIAS OU INFECCIOSAS SEM POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO VISUAL.
- **IMPLANTE INTRA-ESTROMAL (CERATOCONE):** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA COM A COLOCAÇÃO DE IMPLANTE INTRA-ESTROMAL PARA O TRATAMENTO DE CERATOCÔNE. INCLUI ANEIS INTRA-ESTROMAIS



- **REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR.
- **TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE REPARADORA OU TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA CORREÇÃO DE BLEFAROCALASE OU DERMATOCALASE.
- **EPILOCAO A LASER:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPEUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, COM APLICACAO DE LASER PARA DESTRUICAO DO BULBO CAPILAR DOS CILIOS PARA O TRATAMENTO DE TRIQUIASE OU DISTIQUIASE
- **EXTIRPACAO DE GLANDULA LACRIMAL:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO HOSPITALAR COM FINALIDADE TERAPEUTICA OU DIAGNOSTICA, SOB ANESTESIA GERAL, PARA REMOCAO DE GLANDULA LACRIMAL EM CASOS DE LESAO NEOPLASICA, INFILTRATIVA OU INFLAMATORIA (UNILATERAL).
- **DRENAGEM DE ABSCESSO DE PALPEBRA:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPEUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL OU GERAL (CRIANCAS E PACIENTES ESPECIAIS), PARA DRENAGEM DE ABCESSO PALPEBRAL PRE-SEPTAL, INFECCIOSO.
- **RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO REPARADOR INDICADO EM CASOS DE LESOES TRAUMATICAS DO CANAL LACRIMAL.
- **TRATAMENTO CIRURGICO DE TRIQUIASE C/ OU S/ ENXERTO:** CONSISTE DE PROCEDIMENTOCIRURGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE REPARADORA E TERAPEUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA REPOSICIONAMENTO PALPEBRAL VISANDO A CORRECAO DE TRIQUIASE, INCLUINDOO USO DE ENXERTO DE MUCOSA ORAL QUANDO NECESSARIO.
- **PUNCTOPLASTIA:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL DESTINADO À CORREÇÃO DE ESTENOSE OU OBSTRUÇÃO DO PONTO LACRIMAL.
- **SUTURA DE PALPEBRAS:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO COM FINALIDADE REPARADORA E TERAPEUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA REPARACAO DE LACERACAO PALPEBRAL TRAUMATICA
- **SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA, SOB ANESTESIA GERAL (SEDACAO), PARA DESOBSTRUCAO DO CANAL LACRIMAL OU DIAGNOSTICO DO NIVEL DA OBSTRUCAO LACRIMAL (UNILATERAL OU BILATERAL)

- **SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE DIAGNOSTICA E TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA DESOBSTRUÇÃO DO CANAL LACRIMAL OU DIAGNOSTICO DO NÍVEL DA OBSTRUÇÃO LACRIMAL (UNILATERAL)
- **OCUSAO DE PONTO LACRIMAL:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPEUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA O TRATAMENTO DE OLHO SECO SEVERO.
- **RECONSTITUICAO DE CAVIDADE ORBITÁRIA:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO HOSPITALAR COM FINALIDADE TERAPEUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL OU GERAL, PARA IMPLANTE DE ESFERA DE MÜLLER REVESTIDA DE ESCLERA PARA RECONSTITUIÇÃO DE CAVIDADE ANOFTÁLMICA. QUANDO IDENTIFICADO QUE ESTE PROCEDIMENTO DECORRE DE ATO DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER, RECOMENDA-SE O REGISTRO NO CAMPO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO DA AIH DE UM OU MAIS CID RELACIONADOS PELA PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº331 DE 08/03//2016:
- **RECONSTITUICAO DE PAREDE DA ORBITA:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO HOSPITALAR COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA GERAL, PARA RECONSTITUIÇÃO DE PAREDE ORBITÁRIA PÓS-TRAUMA OU PÓS-CIRÚRGICA. QUANDO IDENTIFICADO QUE ESTE PROCEDIMENTO DECORRE DE ATO DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER, RECOMENDA-SE O REGISTRO NO CAMPO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO DA AIH DE UM OU MAIS CID RELACIONADOS PELA PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº331 DE 08/03//2016:
- **EXERESE DE TUMOR MALIGNO INTRA-OCULAR:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO HOSPITALAR COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA GERAL, PARA REMOÇÃO DE LESÕES NEOPLÁSICAS INTRA-OCULARES
- **CORRECAO CIRURGICA DE LAGOFTALMO:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE REPARADORA E TERAPÊUTICA PARA TRATAMENTO DE LAGOFTALMO PARALÍTICO, TRAUMÁTICO OU SENIL.
- **CORRECAO CIRURGICA DE EPICANTO E TELECANTO:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO COM FINALIDADE REPARADORA, SOB ANESTESIA LOCAL OU GERAL (CRIANCAS E PACIENTES ESPECIAIS), DE EPICANTO OU TELECANTO
- **SIMBLEFAROPLASTIA:**CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPEUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA O TRATAMENTO DE ADERENCIA DA CONJUNTIVA TARSAL NA CONJUNTIVA BULBAR (SIMBLEFARO), COM OU SEM A COLOCACAO DE LENTE DE SIMBLEFARO.
- **RECONSTITUICAO TOTAL DE PALPEBRA:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO HOSPITALAR COM FINALIDADE REPARADORA E TERAPEUTICA, INDICADO EM CASOS DE COLOBOMA PALPEBRAL, LESOES TUMORAIS OU TRAUMATICAS DE PALPEBRA. QUANDO IDENTIFICADO QUE ESTE PROCEDIMENTO DECORRE DE ATO DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER, RECOMENDA-SE O REGISTRO NO CAMPO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO DA AIH DE UM OU MAIS CID RELACIONADOS PELA PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº331 DE 08/03/2016:

• **RECONSTITUICAO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA:** CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO INDICADO EM CASOS DE LESOES TUMORAIS OU TRAUMATICAS DE PALPEBRAS. QUANDO IDENTIFICADO QUE ESTE PROCEDIMENTO DECORRE DO ATO DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER RECOMENDA-SE QUANDO APRESENTADO NA AIH O REGISTRO NO CAMPO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO DA AIH DE UM OU MAIS CID RELACIONADOS PELA PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº331 DE 08/03/2016.

ASSINATURAS

Gislayne Rodrigues da Silva
Chefe NTH Clinica Cirurgica/HJSN-

Janailson Simões Pinotti
Responsável Técnico/HJSN

Aprovo e autorizo a autuação e tramitação deste processo.

Em: Baixo Guandu/ES, 14 de Junho de 2024

Márcia Cristina Martins Schulz
Diretora Geral/HJSN

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

GISLAYNE RODRIGUES DA SILVA
CHEFE NUCLEOS DE TRABALHO HOSPITALAR B
UT-CIROBSTET-HJSN - SESA - GOVES
assinado em 25/06/2024 15:29:38 -03:00

MÁRCIA CRISTINA MARTINS SCHULZ
DIRETOR GERAL HOSPITAIS B QCE-03
HJSN - SESA - GOVES
assinado em 24/06/2024 15:29:18 -03:00

JANAILSON SIMOES PINOTTI
RESPONSÁVEL TÉCNICO
UT-CMED-PED-HJSN - SESA - GOVES
assinado em 25/06/2024 12:23:37 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 25/06/2024 15:29:38 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por GISLAYNE RODRIGUES DA SILVA (CHEFE NUCLEOS DE TRABALHO HOSPITALAR B - UT-CIROBSTET-HJSN - 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-WKF5GH>

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

NORMA RODRIGUES SANTINI
AGENTE DE CONTRATAÇÃO
UT-ADMFIN-HJSN - SESA - GOVES
assinado em 16/07/2024 17:42:43 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 16/07/2024 17:42:43 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por NORMA RODRIGUES SANTINI (AGENTE DE CONTRATAÇÃO - UT-ADMFIN-HJSN - 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/2024-4GLM7B>