



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 001/2022

PROCESSO E -DOCS Nº: 2022-VW65Q

**17º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 001/2022, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE ESPÍRITO SANTO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E O HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS, 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 Monjardin 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 pela Subsecretária de Estado de Contratação em Saúde - respondendo, **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 o **HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS**, caracterizado como hospital filantrópico, inscrita no CNPJ sob nº. 27.192.590/0001- 58, situada à Coronel Guardiã, 100, Sumaré, Cachoeiro de Itapemirim/ES, doravante denominado(a) **CONVENIENTE**, neste ato representado por seu Representante Legal o **Sr. WINSTON ROBERTO SOARES VIEIRA MACHADO**, portador da carteira de identidade nº. 113 643-ES, e inscrito no CPF sob o nº. 049.111.807-49, resolvem celebrar o presente o **17º Termo Aditivo ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO** para execução de ações e serviços de saúde, tendo em vista o disposto na Constituição da República Federativa de 1988, na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, o art. 116 da Lei nº 8.666 de 21 de junho de



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

1993, na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, Portaria MS/GM nº 3.410, de 30 de dezembro

de 2013 e Portarias de Consolidação nº 1, nº 2, nº 3 e nº 5, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria Estadual 076-R, de 19 de maio de 2022 e Portaria Estadual nº 042-R, de 14 de junho de 2023, que tratam das normas sobre as políticas nacionais e estadual de saúde do Sistema Único de Saúde, nas correspondentes Lei de Diretrizes Orçamentárias nº 11.867, de 19 de julho de 2023; LOA nº 12.024, de 26 de dezembro de 2023 e demais normas e legislação aplicáveis mediante as Cláusulas e condições que se seguem:

## CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1- O presente Termo Aditivo ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO que tem por objeto **(a)** Incorporação da **Portaria GM/MS 4.631 de 27 de Junho de 2024** – Piso de enfermagem de **junho/2024** e fundamentação Jurídica da Lei 14.434/2022, Incorporação de Recurso Financeiro da **Portaria GM/MS nº 544 e Portaria GM/MS 2.505 de 19/12/2023, de 3 de maio de 2023 Resolução CIB 055/2024**, Incorporação de Recurso Financeiro da **Portaria GM/MS 3.862 de 17 de Maio de 2024, Resolução CIB 120/2024**, **(b)** Ampliação de leitos, **(c)** Adequação de Serviços, **(d)** Prorrogação do período de vigência de 01/08/2024 a 31/10/2024, **(e)** Acréscimo financeiro no valor de **R\$ 32.717.972,82** (trinta e dois milhões, setecentos e dezessete mil, novecentos e setenta e dois reais e oitenta e dois centavos), referente aos objetos **(a), (b), (c) e (d)** conforme Documento Descritivo – DODE.

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

## CLÁUSULA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO DA CLAÚSULA

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**6.1** - O valor total do presente Convênio de Contratualização passa a ser de **R\$ 296.114.073,61** (duzentos e noventa e seis milhões e cento e quatorze mil, setenta e três reais e sessenta e um centavos).

**6.1.1** - O Recurso Financeiro aplicado ao **Convênio de Contratualização** inicial foi de **R\$ 109.026.146,76** (cento e nove milhões, vinte e seis mil, cento e quarenta e seis reais e setenta e seis centavos).

**6.1.2** - O Recurso Financeiro aplicado ao **1º Termo Aditivo** foi de **R\$ 2.200.000,00** (dois milhões e duzentos mil reais).

**6.1.3** - O Recurso Financeiro aplicado ao **2º Termo Aditivo** foi de **R\$ 614.479,08** (seiscentos e quatorze mil, quatrocentos e setenta e nove reais e oito centavos).

**6.1.4** - O Recurso Financeiro aplicado ao **3º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.103.303,60** (um milhão, cento e três mil, trezentos e três reais e sessenta centavos).

**6.1.5** - O Recurso Financeiro aplicado ao **4º Termo Aditivo** foi de **R\$ 9.085.512,23** (nove milhões, oitenta e cinco mil, quinhentos e doze reais e vinte e três centavos).

**6.1.6** - O Recurso Financeiro aplicado ao **5º Termo Aditivo** foi de **R\$ 27.851.725,47** (vinte e sete milhões, oitocentos e cinquenta e um mil, setecentos e vinte e cinco reais e quarenta e sete centavos).

**6.1.7** - O Recurso Financeiro aplicado ao **6º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.753.589,80** (um milhão, setecentos e cinquenta e três mil, quinhentos e oitenta e nove reais e oitenta centavos).

**6.1.8** - O Recurso Financeiro aplicado ao **7º Termo Aditivo** foi de **R\$ 18.567.816,98** (dezoito milhões, setecentos e três mil, quatrocentos e cinquenta reais e noventa e quatro centavos).

**6.1.9** - O Recurso Financeiro aplicado ao **8º Termo Aditivo** foi de **R\$ 38.683.536,96** (Trinta e oito milhões, seiscentos e oitenta e três mil, quinhentos e trinta e seis reais e noventa e seis centavos).

**6.1.10** - O Recurso Financeiro aplicado ao **9º Termo Aditivo** foi de **R\$ 3.500.000,00** (três milhões e quinhentos mil reais).



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**6.1.11** - O Recurso Financeiro aplicado ao **10º Termo Aditivo foi de R\$ 664.033,23** (seiscentos e sessenta e quatro mil, trinta e três reais e vinte e três centavos).

**6.1.12** - O Recurso Financeiro aplicado ao **11º Termo Aditivo foi de R\$ 1.796.190,16** (um milhão, setecentos e noventa e seis mil, cento e noventa reais e dezesseis centavos).

**6.1.13** - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **12º Termo Aditivo foi de R\$ 670.091,40** (seiscentos e setenta mil, noventa e um reais e quarenta centavos).

**6.1.14** - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **13º Termo Aditivo foi de R\$ 20.190.851,13** (vinte milhões e cento e noventa mil e oitocentos e cinquenta e um reais e sessenta e treze centavos)

**6.1.15** - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **14º Termo Aditivo foi de R\$ 4.730.288,09** (quatro milhões e setecentos e trinta mil e duzentos e oitenta e oito reais e nove centavos).

**6.1.16** - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **15º Termo Aditivo foi de R\$ 20.211.205,21** (vinte milhões e duzentos e onze mil e duzentos e cinco reais e vinte e um centavos).

**6.1.17** - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **16º Termo Aditivo será de R\$ 2.747.330,69** (dois milhões, setecentos e quarenta e sete mil e trezentos e trinta reais e sessenta e nove centavos).

**6.1.18** - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **17º Termo Aditivo será de R\$ 32.717.972,82** (trinta e dois milhões, setecentos e dezessete mil, novecentos e setenta e dois reais e oitenta e dois centavos).

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

**6.2.1** - Para a execução do convênio de contratualização, a CONVENIENTE receberá recursos financeiros de **R\$ 32.717.972,82** (trinta e dois milhões, setecentos e dezessete mil, novecentos e setenta e dois reais e oitenta e dois centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**6.2.2** - A parcela pré-fixada importa em **R\$ 30.744.937,44** (trinta milhões, setecentos e quarenta e quatro mil, novecentos e trinta e sete reais e quarenta e quatro centavos), e será transferida à CONVENIENTE em parcelas mensais, conforme o quadro de detalhamento, e oneram recursos de transferência da União ao Fundo Estadual de Saúde e recursos próprios da CONCEDENTE.

**6.2.3** - Setenta por cento (70%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 22.690.546,06** (vinte e dois milhões, seiscentos e noventa mil, quinhentos e quarenta e seis reais e seis centavos).

**6.2.4** - Trinta por cento (30%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 8.054.391,38** (oito milhões, cinquenta e quatro mil, trezentos e noventa e um reais e trinta e oito centavos) que 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 6.2.5, 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, Consulta, Terapias, Procedimentos, APAC's, OPME's de Alta Complexidade e Cirurgias Eletivas Extras será repassado ao HOSPITAL, à posteriori, (pós-produção, 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\$ 1.973.035,38** (um milhão, novecentos e setenta e três mil, trinta e cinco reais e trinta e oito centavos), em parcelas mensais estimadas de **R\$ 657.878,46** (seiscentos e quarenta e sete mil e oitocentos e setenta e oito reais e quarenta e seis centavos).

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

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

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

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

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

**PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL                                        |                  |                  |                            |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|----------------------------|-------------------|
| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO 70%                                                   | MENSAL           | JULHO/2024       | AGOSTO/2024 à OUTUBRO/2024 | TOTAL             |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b> | R\$ 4.247.362,64 | R\$ 4.508.794,21 | R\$ 12.742.087,93          | R\$ 12.742.087,93 |
| LEITOS - Sala Vermelha - Pronto Socorro - <b>Recurso Estadual</b>              | R\$ 1.011.608,64 | R\$ 843.007,20   | R\$ 3.034.825,92           | R\$ 3.034.825,92  |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>  | R\$ 1.005.555,35 | R\$ 744.123,78   | R\$ 3.016.666,04           | R\$ 3.016.666,04  |
| IAC - Incentivo a contratualização - <b>Recurso Federal</b>                    | R\$ 201.745,74   | R\$ 201.745,74   | R\$ 605.237,22             | R\$ 605.237,22    |
| Incentivo Integrasus - <b>Recurso Federal</b>                                  | R\$ 3.410,81     | R\$ 3.410,81     | R\$ 10.232,43              | R\$ 10.232,43     |
| Rede de Atenção de Urgência e Emergência - UTI - <b>Recurso Federal</b>        | R\$ 17.590,08    | R\$ 17.590,08    | R\$ 52.770,24              | R\$ 52.770,24     |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|                                                                                                                                                                    |                         |                          |                              |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Rede Cegonha - UTIN - <b>Recurso Federal</b>                                                                                                                       | R\$ 43.975,20           | R\$ 43.975,20            | R\$ 131.925,60               | R\$ 131.925,60           |
| Incentivo Federal - Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Espírito Santo - Portaria GM/MS de 21/12/2023 - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 448.547,04          | R\$ 448.547,04           | R\$ 1.345.641,12             | R\$ 1.345.641,12         |
| Portaria GM/MS 4.631 de 27/06/24 - Piso da Enfermagem - <b>Recurso Federal</b>                                                                                     | R\$ 0,00                | R\$ 751.159,55           | R\$ 0,00                     | R\$ 751.159,55           |
| Portaria GM/MS 3.862 de 17/05/2024 - CIB 120/2024 Emenda Federal - <b>Recurso Federal</b>                                                                          | R\$ 0,00                | R\$ 1.000.000,00         | R\$ 0,00                     | R\$ 1.000.000,00         |
| <b>SUBTOTAL - RECURSO ESTADUAL</b>                                                                                                                                 | <b>R\$ 5.258.971,28</b> | <b>R\$ 5.351.801,41</b>  | <b>R\$ 15.776.913,85</b>     | <b>R\$ 15.776.913,85</b> |
| <b>SUBTOTAL - RECURSO FEDERAL</b>                                                                                                                                  | <b>R\$ 1.720.824,22</b> | <b>R\$ 3.210.552,20</b>  | <b>R\$ 5.162.472,65</b>      | <b>R\$ 6.913.632,20</b>  |
| <b>TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                                                                       | <b>R\$ 6.979.795,50</b> | <b>R\$ 8.562.353,61</b>  | <b>R\$ 20.939.386,51</b>     | <b>R\$ 22.690.546,06</b> |
| <b>COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO 30%</b>                                                                                                                                | <b>MENSAL</b>           | <b>JULHO 2024</b>        | <b>AGOSTO À OUTUBRO/2024</b> | <b>TOTAL</b>             |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                                                                                     | R\$ 1.820.298,28        | R\$ 1.932.340,38         | R\$ 5.460.894,83             | R\$ 5.460.894,83         |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>                                                                                                   | R\$ 433.546,56          | R\$ 361.288,80           | R\$ 1.300.639,68             | R\$ 1.300.639,68         |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>                                                                                      | R\$ 430.952,29          | R\$ 318.910,19           | R\$ 1.292.856,88             | R\$ 1.292.856,88         |
| <b>SUBTOTAL - RECURSO ESTADUAL</b>                                                                                                                                 | <b>R\$ 2.253.844,84</b> | <b>R\$ 2.293.629,18</b>  | <b>R\$ 6.761.534,51</b>      | <b>R\$ 6.761.534,51</b>  |
| <b>SUBTOTAL - RECURSO FEDERAL</b>                                                                                                                                  | <b>R\$ 430.952,29</b>   | <b>R\$ 318.910,19</b>    | <b>R\$ 1.292.856,88</b>      | <b>R\$ 1.292.856,88</b>  |
| <b>TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                                                                       | <b>R\$ 2.684.797,13</b> | <b>R\$ 2.612.539,37</b>  | <b>R\$ 8.054.391,38</b>      | <b>R\$ 8.054.391,38</b>  |
| <b>TOTAL PRÉ - FIXADO - ESTADUAL</b>                                                                                                                               | <b>R\$ 7.512.816,12</b> | <b>R\$ 7.645.430,59</b>  | <b>R\$ 22.538.448,36</b>     | <b>R\$ 22.538.448,36</b> |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL</b>                                                                                                                                  | <b>R\$ 2.151.776,51</b> | <b>R\$ 3.529.462,39</b>  | <b>R\$ 6.455.329,53</b>      | <b>R\$ 8.206.489,08</b>  |
| <b>TOTAL PRÉ - FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                                                                     | <b>R\$ 9.664.592,63</b> | <b>R\$ 11.174.892,98</b> | <b>R\$ 28.993.777,89</b>     | <b>R\$ 30.744.937,44</b> |
| <b>COMPONENTE PÓS - FIXADO</b>                                                                                                                                     | <b>MENSAL</b>           | <b>JULHO 2024</b>        | <b>AGOSTO A OUTUBRO/2024</b> | <b>TOTAL</b>             |
| Procedimentos de Média e Alta Complexidade - <b>Recurso Federal</b>                                                                                                | R\$ 196.149,66          | R\$ 196.149,66           | R\$ 588.448,98               | R\$ 588.448,98           |
| Consultas - <b>Recurso Estadual (Portaria 083-R/2019)</b>                                                                                                          | R\$ 18.600,00           | R\$ 18.600,00            | R\$ 55.800,00                | R\$ 55.800,00            |
| Exames - <b>Recurso Estadual (Portaria 015-R/2020)</b>                                                                                                             | R\$ 27.628,60           | R\$ 27.628,60            | R\$ 82.885,80                | R\$ 82.885,80            |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cirurgias de Endometriose - Portaria GM/MS nº 544, de 3 de maio de 2023 - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 249.484,18           | R\$ 0,00                 | R\$ 748.452,54           | R\$ 748.452,54           |
| OPME - padronizada - <b>Recurso Federal</b>                                                      | R\$ 44.334,00            | R\$ 23.067,00            | R\$ 133.002,00           | R\$ 133.002,00           |
| OPME - Não padronizada - <b>Recurso Estadual (Portaria 061-R/2023)</b>                           | R\$ 121.482,02           | R\$ 44.105,10            | R\$ 364.446,06           | R\$ 364.446,06           |
| <b>TOTAL PÓS - FIXADO FEDERAL</b>                                                                | <b>R\$ 489.967,84</b>    | <b>R\$ 219.216,66</b>    | <b>R\$ 1.469.903,52</b>  | <b>R\$ 1.469.903,52</b>  |
| <b>TOTAL PÓS - FIXADO ESTADUAL</b>                                                               | <b>R\$ 167.710,62</b>    | <b>R\$ 90.333,70</b>     | <b>R\$ 503.131,86</b>    | <b>R\$ 503.131,86</b>    |
| <b>TOTAL FEDERAL</b>                                                                             | <b>R\$ 2.641.744,35</b>  | <b>R\$ 3.748.679,05</b>  | <b>R\$ 7.925.233,05</b>  | <b>R\$ 9.676.392,60</b>  |
| <b>TOTAL ESTADUAL</b>                                                                            | <b>R\$ 7.680.526,74</b>  | <b>R\$ 7.735.764,29</b>  | <b>R\$ 23.041.580,22</b> | <b>R\$ 23.041.580,22</b> |
| <b>TOTAL PÓS - FIXADO - FEDERAL + ESTADUAL</b>                                                   | <b>R\$ 657.678,46</b>    | <b>R\$ 309.550,36</b>    | <b>R\$ 1.973.035,38</b>  | <b>R\$ 1.973.035,38</b>  |
| <b>TOTAL DO CONVÊNIO</b>                                                                         | <b>R\$ 10.322.271,09</b> | <b>R\$ 11.484.443,34</b> | <b>R\$ 30.966.813,27</b> | <b>R\$ 32.717.972,82</b> |
| <b>TOTAL DO ADITIVO</b>                                                                          |                          |                          |                          | <b>R\$ 32.717.972,82</b> |

## CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

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

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

Vitória/ES, julho de 2024



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**CONCEDENTE:**

---

**ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde

**CONVENENTE:**

---

**WINSTON ROBERTO SOARES VIEIRA MACHADO**

Presidente do Hospital Infantil Francisco de Assis

**TESTEMUNHAS:**

1ª) \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª) \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **17º Termo Aditivo ao Convênio de Contratualização nº 001/2022** 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 **17º Termo Aditivo ao Convênio de Contratualização nº 001/2022** correrá à conta do orçamento do Fundo Estadual de Saúde da CONCEDENTE conforme especificado abaixo:

- Programa de Trabalho 10.302.0061.2325 - Contratualização de Serviços de Saúde Complementar e/ou 10.122.0047.2070 e/ou 10.122.0061.2070 – Administração da Unidade
- UG: 440.901
- Gestão: 44901
- Natureza de Despesa: 3.3.50.43.00
- Fonte de Recursos: 1500100200 e/ou 1600000000 e/ou 2659000011 e/ou 2500100200 e/ou 2500100201 e/ou 1605000000 e/ou 1600311000 e/ou 1600312000 e/ou 2605000000.

Vitória, julho de 2024.

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

## **ANEXO**

### **DOCUMENTO DESCRITIVO – DODE**

#### **HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS**

#### **HIFA CACHOEIRO**

**CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 001/2022 - 17º TERMO ADITIVO**

**PROCESSO E-DOCS: 2022- 7W65Q**

**PERÍODO DE VIGÊNCIA: 07/2024 à 10/2024**

## **ESTRUTURA ADMINISTRATIVA**

WINSTON ROBERTO SOARES MACHADO  
**PRESIDENTE**

JAILTON ALVES PEDROSO  
**SUPERINTENDENTE**

JAQUELINE LUNZ  
**DIRETORA TÉCNICA**

ROGÉRIO DARDENGO  
**DIRETORIA CLÍNICA**

ANDRÉA CELLIN  
**GERENTE DE PROJETOS**

BRUNA MARIA SIPRIANO DA SILVA  
**GERENTE ASSISTENCIAL**

CHRISTIANE OGIONE TEIXEIRA  
**GERENTE ADMINISTRATIVO**

CHRISTIAN LESSA  
**GERENTE FINANCEIRO**

MITE MAYER  
**GERENTE DE TI**

VERÔNICA MOTEN  
**GERENTE DE ESTRATÉGIA E DESENVOLVIMENTO**

LIDIANA MARIA PIROVANI ESTEVES  
**GERENTE DE RESULTADOS ECON E FINANCEIRO**

## SUMÁRIO

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| I – IDENTIFICAÇÃO.....                                                | 03 |
| II – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL.....                            | 04 |
| III – CNES .....                                                      | 04 |
| IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS .....                                       | 05 |
| V – PERFIL ASSISTENCIAL .....                                         | 05 |
| VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS .....                      | 06 |
| VII – ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS .....                           | 07 |
| VIII – METAS ASSISTENCIAIS .....                                      | 07 |
| IX – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL AMBULATORIAL ..... | 08 |
| X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO.....                               | 10 |
| XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS.                 | 15 |
| APROVAÇÃO .....                                                       | 16 |
| ANEXOS .....                                                          | 17 |

## I - IDENTIFICAÇÃO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                |                         |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|-------------------------|------------|
| <b>Conveniente</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                | <b>CNPJ</b>             |            |
| HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS - HIFA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                                | 27.192.590/0001-58      |            |
| <b>Endereço</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                        | <b>Município</b>               | <b>UF</b>               | <b>CEP</b> |
| RUA CORONEL GUARDIA, 100 - SUMARÉ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                        | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM        | ES                      | 29300-070  |
| <b>Macrorregião</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Microrregião</b>    | <b>SRS</b>                     | <b>CNES</b>             |            |
| SUL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CACHOEIRO              | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM        | 2485729                 |            |
| <b>Telefone</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Fax</b>             | <b>E-mail</b>                  |                         |            |
| (28)2101-5646                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | (28)2101-5656          | gerenciadeprojetos@hifa.org.br |                         |            |
| <b>Nome do Responsável</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |                                |                         |            |
| WINSTON ROBERTO SOARES VIEIRA MACHADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                                |                         |            |
| <b>CPF</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Função</b>          | <b>Período de vigência</b>     |                         |            |
| 049.111.807-49                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PRESIDENTE             |                                |                         |            |
| <b>CI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Órgão expedidor</b> | 07/2024 à 10/2024              |                         |            |
| 113.643                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SSP-ES                 |                                |                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                                |                         |            |
| <b>Banco</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Agência</b>         | <b>Conta Corrente</b>          | <b>Praça</b>            |            |
| BANESTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 0115                   | 35.234.327                     | Cachoeiro de Itapemirim |            |
| BANCO P/ PISO DA ENF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Agência</b>         | <b>Conta Corrente</b>          | <b>Praça</b>            |            |
| BANESTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 681                    | 3742959-4                      | Cachoeiro de Itapemirim |            |
| <b>Missão</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                        |                                |                         |            |
| Garantir uma assistência de qualidade, com segurança, humanização, resolutividade, conforto e tecnologia, inspirando a dignidade da saúde diante do Estado e da Sociedade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                        |                                |                         |            |
| <b>Visão</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                        |                                |                         |            |
| Ser referência de hospital geral de alta complexidade com foco na saúde da mulher e na criança até 2025, entregando ao Estado e a Sociedade um cuidado humanizado e seguro, viabilizando soluções inovadoras, e diferenciada eficiência operacional.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                                |                         |            |
| <b>Valores</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                                |                         |            |
| Humanização; Segurança; Ética; Eficiência; Integridade; Aprendizado; Igualdade; Sustentabilidade;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                        |                                |                         |            |
| <b>Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |                                |                         |            |
| O Hospital Infantil Francisco de Assis – HIFA Cachoeiro é uma entidade de caráter filantrópico, sem fins lucrativos, que tem por finalidade prestar assistência hospitalar humanizada e de qualidade à população da Região Sul de Saúde ao qual está inserido. Desenvolve atividades contribuindo para Política Estadual de Contratualização como Hospital Estratégico. Todos os serviços ofertados neste DODE, o Hospital entende e reconhece que o controle e regulação são prerrogativas exclusivas da Secretária de Estado da Saúde. |                        |                                |                         |            |
| <b>Área de Abrangência:</b> Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                                |                         |            |



## **IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS**

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

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

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

## **V – PERFIL ASSISTENCIAL**

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

## VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

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

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

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

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

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

- 2) **PÓS-FIXADA:** será contabilizada por produção e definida com base nas tabelas de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde e na Tabela Estadual de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, vinculada aos seguintes critérios:
  - I. Procedimentos ambulatoriais de consultas, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, referentes à linha de cuidado definido na grade de referência e perfil assistencial de cada unidade hospitalar;
  - II. Procedimentos hospitalares de oftalmologia e outros a serem classificados;

- III. Procedimentos ambulatoriais e hospitalares financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações – FAEC;
- IV. Órtese, Próteses e Materiais Especiais – OPME – de procedimentos de alta complexidade padronizados na tabela SUS;
- V. Órtese, Próteses e Materiais Especiais – OPME – de procedimentos de alta complexidade não padronizadas na Tabela SUS.
- VI. Os valores das consultas médicas especializadas e as OPME's não Padronizadas na Tabela SUS, terão os seus valores definidos na Tabela SUS Capixaba.

## VII– ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

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

## VIII – METAS ASSISTENCIAIS

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

### 8.1 – Internação (Âmbito Hospitalar)

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

| TIPO DE LEITO                             | Nº LEITOS |
|-------------------------------------------|-----------|
| Clínica Médica – Enfermaria Adulto        | 40        |
| Clínica Médica – Enfermaria Pediátrico    | 50        |
| Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto      | 25        |
| Clínica Cirúrgica – Enfermaria Pediátrica | 12        |
| UTI Adulto                                | 40        |
| UTI Pediátrico                            | 28        |
| UTI Neonatal (UTIN)                       | 19        |

|                                              |            |
|----------------------------------------------|------------|
| Intermediária Neonatal Convencional (UCINCO) | 19         |
| Intermediária Neonatal Canguru (UCINCA)      | 10         |
| <b>TOTAL</b>                                 | <b>243</b> |

A quantidade de leitos para a urgência e gestão do hospital (Urgência/Emergência e Cirurgias Eletivas), será definido pela Gerência de Regulação do Acesso e constará no sistema informatizado de regulação.

### 8.1.1. Maternidade

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

| <b>TIPO DE LEITO</b>                               | <b>Nº leitos</b> |
|----------------------------------------------------|------------------|
| Clínica Obstétrica – Maternidade Alto Risco        | 28               |
| Clínica Obstétrica – Maternidade de Risco Habitual | 13               |
| <b>TOTAL</b>                                       | <b>41</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>18</b>        |

## IX – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL AMBULATORIAL

### 9.1 CRITÉRIOS E METAS

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

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

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

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

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

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

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

#### **9.1.1 ESPECIALIDADES DE NÍVEL AMBULATORIAL**

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

9.1.2 TABELA DE VALOR DA CONSULTA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

| ESPECIALIDADE                                                     | Tabela SIGTAP -<br>Valor Unitário | Tabela SIGTAP -<br>Valor Total | Complementação -<br>Tabela SUS<br>Capixaba - Valor<br>Unitário | Complementação -<br>Tabela SUS<br>Capixaba - Valor<br>Total |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Código do Procedimento 03.01.01.00-72 - Ambulatório Especializado |                                   |                                |                                                                |                                                             |
| CONSULTA EM ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA GERAL                        | R\$ 10,00                         | R\$ 400,00                     | R\$ 20,00                                                      | R\$ 800,00                                                  |
| CONSULTA EM CARDIOLOGIA PEDIATRIA                                 | R\$ 10,00                         | R\$ 800,00                     | R\$ 20,00                                                      | R\$ 1.600,00                                                |
| CONSULTA EM CIRURGIA GERAL ADULTO MEDIA COMPLEXIDADE              | R\$ 10,00                         | R\$ 1.000,00                   | R\$ 20,00                                                      | R\$ 2.000,00                                                |
| CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ADULTO                          | R\$ 10,00                         | R\$ 1.500,00                   | R\$ 20,00                                                      | R\$ 3.000,00                                                |
| CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ALTA COMPLEXIDADE               | R\$ 10,00                         | R\$ 100,00                     | R\$ 20,00                                                      | R\$ 200,00                                                  |
| CONSULTA EM CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA                         | R\$ 10,00                         | R\$ 1.500,00                   | R\$ 20,00                                                      | R\$ 3.000,00                                                |
| CONSULTA EM CIRURGIA PEDIATRIA                                    | R\$ 10,00                         | R\$ 1.200,00                   | R\$ 20,00                                                      | R\$ 2.400,00                                                |
| CONSULTA EM CIRURGIA UROLOGIA ADULTO                              | R\$ 10,00                         | R\$ 800,00                     | R\$ 20,00                                                      | R\$ 1.600,00                                                |
| CONSULTA EM NEUROCIRURGIA PEDIATRIA                               | R\$ 0,00                          | R\$ 0,00                       | R\$ 0,00                                                       | R\$ 0,00                                                    |
| CONSULTA EM ANESTESIOLOGIA                                        | R\$ 10,00                         | R\$ 1.000,00                   | R\$ 20,00                                                      | R\$ 2.000,00                                                |
| CONSULTA EM CARDIOLOGIA PARA RISCO CIRÚRGICO                      | R\$ 10,00                         | R\$ 1.000,00                   | R\$ 20,00                                                      | R\$ 2.000,00                                                |
| TOTAL                                                             |                                   | R\$ 9.300,00                   |                                                                | R\$ 18.600,00                                               |

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

## 9.2 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

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

| <b>GRUPO: Procedimentos com finalidade diagnóstica</b>   |                   |
|----------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>SUBGRUPO</b>                                          | <b>QUANTIDADE</b> |
| 01 - Coleta de material                                  | 01                |
| 02 - Diagnóstico em laboratório clínico                  | 18.863            |
| 03 - Diagnóstico por anatomia patológica e Citopatologia | 151               |
| 05 - Diagnóstico por ultrassonografia                    | 250               |
| 06 – Diagnóstico por Tomografia                          | 500               |
| 09 - Diagnóstico por endoscopia                          | 80                |
| 11 - Métodos diagnósticos em especialidades              | 360               |
| <b>TOTAL</b>                                             | <b>20.205</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 CONVENENTE E CONCEDENTE.

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

1. Qualificação da estrutura e processos
2. Qualificação de pessoas
3. Segurança assistencial
4. Experiência dos usuários
5. Acesso ao sistema
6. Eficiência no uso do leito

10.1 - CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS METAS

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

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

| PONTUAÇÃO SCORE (PS) | Percentual de Desconto da Parcela dos 30% do valor global pré-fixado |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------|
| ≥ 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

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

| DESCRIÇÃO                                                   | META                                                                                                                                                                                | SCORE MÁXIMO |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS                    |                                                                                                                                                                                     | 5,0          |
| 1.1. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA) | Apresentar no 1º Quadrimestre, após a celebração do Convênio de Contratualização, o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada, conforme abaixo: | 5,0          |

|                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|                                                                            | <p><b><u>Hospitais Estruturantes:</u></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><u>Hospitais Estratégicos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificação ONA 1 em 18 meses;</li> </ul> <p><b><u>Hospitais de Apoio:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses.</li> </ul> <p>Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma</p> |             |
| <b>2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS</b>                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>5,0</b>  |
| 2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial | <p>A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser <math>\geq 95\%</math> dos funcionários.</p> <p>Apresentar Plano de Educação Continuada ativo e cronograma de treinamento.</p> <p>É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 5,0         |
| <b>3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>15,0</b> |
| 3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar   | <p>Manter as seguintes Comissões em pleno funcionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comissão de Revisão de Prontuário;</li> <li>• Comissão de Óbitos;</li> <li>• Comissão de Ética Médica;</li> <li>• Comissão de Ética em Enfermagem;</li> <li>• Comissão de Farmácia e Terapêutica;</li> <li>• Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);</li> <li>• Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber;</li> <li>• Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de</li> </ul>                                                                                                                    | 10,0        |

|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|                                                                                                                          | <p>Serviços de Saúde (PGRSS);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino;</li> <li>• Comissão de Segurança do Paciente;</li> <li>• Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e</li> <li>• Grupo Técnico de Humanização (GTH).</li> </ul>                                                                                                                                      |             |
| 3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente:</li> <li>• Identificação do Paciente;</li> <li>• Cirurgia Segura;</li> <li>• Prevenção de Úlcera de Pressão;</li> <li>• Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde;</li> <li>• Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos;</li> <li>• Prevenção de Quedas.</li> </ul>                                                                                         | 5,0         |
| <b>4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO</b>                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>5,0</b>  |
| 4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada Prioritariamente pela metodologia do NPS ( <i>Net Promoter Score</i> ) | <p>Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital.</p> <p>Atingir resposta ótimo e bom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 65\%</math> - 5,0 pontos;</li> <li>• 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos;</li> <li>• <math>\leq 61,99</math> – zero.</li> </ul> <p>OU</p> <p>Atingir índice do NPS 65:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SIM - 5,0 pontos;</li> <li>• NÃO – zero.</li> </ul> <p>OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a ser monitorada.</p> | 5,0         |
| <b>5. ACESSO AO SISTEMA</b>                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>35,0</b> |
| 5.1. Acesso Hospitalar                                                                                                   | Aceitar os pacientes para internação nos leitos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 5,0         |

|                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|                                                                                                                           | contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação.<br><br>Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil.                                                                                                                      |             |
| 5.2. Tempo de Regulação                                                                                                   | Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas.                                                                                                                                                                          | 5,0         |
| 5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado                                                                             | Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de Regulação.<br><br>(Leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise).                                                                             | 10,0        |
| 5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada                                                                        | 100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas e inseridas para visualização e controle no sistema de regulação.                                                                                                                                    | 5,0         |
| 5.5 . Acesso aos Exames Especializada                                                                                     | 100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas e inseridos para visualização e controle no sistema de regulação.                                                                                                                                      | 5,0         |
| 5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas                                                                                   | Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas $\leq 8\%$<br><br>Atingir percentual: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\leq 8,0\%</math> - 5,0 pontos;</li> <li>• 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos;</li> <li>• <math>\geq 10,0\%</math> – zero.</li> </ul> | 5,0         |
| <b>6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO</b>                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>25,0</b> |
| 6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência                                                  | Alcançar e manter, em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência).                           | 15,0        |
| 6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação                                                  | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação.                                                                                        | 5,0         |
| 6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas                                          | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas.                                                                                | 5,0         |
| <b>7. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>10,0</b> |
| 7.1. Proporção de gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha durante a internação para realização do parto | Assegurar a $\geq 95\%$ das gestantes a presença do acompanhante de livre escolha.                                                                                                                                                                                     | 2,0         |
| 7.2. Preenchimento do Partograma                                                                                          | Ter 95% das gestantes em trabalho de parto ativo com partograma preenchido.                                                                                                                                                                                            | 2,0         |

|                                                      |                                                                       |              |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------|
| 7.3. Classificação de Risco (Manchester e/ou outros) | Ter 95% das gestantes internadas com avaliação no protocolo de risco. | 2,0          |
| 7.4. Taxa de Cesárea                                 | Alcançar, no máximo, 52% de partos cesários por mês.                  | 2,0          |
| 7.5. Proporção de RN com apgar de 5º minuto $\leq 7$ | Ter no máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto $\leq 7$ .           | 2,0          |
| <b>TOTAL</b>                                         |                                                                       | <b>100,0</b> |

# **XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIRO**

| <b>COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL</b>                                                                                                                     |                         |                         |                                   |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| <b>COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO 70%</b>                                                                                                                                | <b>MENSAL</b>           | <b>JULHO/2024</b>       | <b>AGOSTO/2024 à OUTUBRO/2024</b> | <b>TOTAL</b>             |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                                                                                     | R\$ 4.247.362,64        | R\$ 4.508.794,21        | R\$ 12.742.087,93                 | R\$ 12.742.087,93        |
| LEITOS - Sala Vermelha - Pronto Socorro - <b>Recurso Estadual</b>                                                                                                  | R\$ 1.011.608,64        | R\$ 843.007,20          | R\$ 3.034.825,92                  | R\$ 3.034.825,92         |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>                                                                                      | R\$ 1.005.555,35        | R\$ 744.123,78          | R\$ 3.016.666,04                  | R\$ 3.016.666,04         |
| IAC - Incentivo a contratualização - <b>Recurso Federal</b>                                                                                                        | R\$ 201.745,74          | R\$ 201.745,74          | R\$ 605.237,22                    | R\$ 605.237,22           |
| Incentivo Integrasus - <b>Recurso Federal</b>                                                                                                                      | R\$ 3.410,81            | R\$ 3.410,81            | R\$ 10.232,43                     | R\$ 10.232,43            |
| Rede de Atenção de Urgência e Emergência - UTI - <b>Recurso Federal</b>                                                                                            | R\$ 17.590,08           | R\$ 17.590,08           | R\$ 52.770,24                     | R\$ 52.770,24            |
| Rede Cegonha - UTIN - <b>Recurso Federal</b>                                                                                                                       | R\$ 43.975,20           | R\$ 43.975,20           | R\$ 131.925,60                    | R\$ 131.925,60           |
| Incentivo Federal - Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Espírito Santo - Portaria GM/MS de 21/12/2023 - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 448.547,04          | R\$ 448.547,04          | R\$ 1.345.641,12                  | R\$ 1.345.641,12         |
| Portaria GM/MS 4.631 de 27/06/24 - Piso da Enfermagem - <b>Recurso Federal</b>                                                                                     | R\$ 0,00                | R\$ 751.159,55          | R\$ 0,00                          | R\$ 751.159,55           |
| Portaria GM/MS 3.862 de 17/05/2024 - CIB 120/2024 Emenda Federal - <b>Recurso Federal</b>                                                                          | R\$ 0,00                | R\$ 1.000.000,00        | R\$ 0,00                          | R\$ 1.000.000,00         |
| <b>SUBTOTAL - RECURSO ESTADUAL</b>                                                                                                                                 | <b>R\$ 5.258.971,28</b> | <b>R\$ 5.351.801,41</b> | <b>R\$ 15.776.913,85</b>          | <b>R\$ 15.776.913,85</b> |
| <b>SUBTOTAL - RECURSO FEDERAL</b>                                                                                                                                  | <b>R\$ 1.720.824,22</b> | <b>R\$ 3.210.552,20</b> | <b>R\$ 5.162.472,65</b>           | <b>R\$ 6.913.632,20</b>  |
| <b>TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                                                                       | <b>R\$ 6.979.795,50</b> | <b>R\$ 8.562.353,61</b> | <b>R\$ 20.939.386,51</b>          | <b>R\$ 22.690.546,06</b> |

| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO 30%                                                                     | MENSAL                   | JULHO 2024               | AGOSTO À OUTUBRO/2024    | TOTAL                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                   | R\$ 1.820.298,28         | R\$ 1.932.340,38         | R\$ 5.460.894,83         | R\$ 5.460.894,83         |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>                                 | R\$ 433.546,56           | R\$ 361.288,80           | R\$ 1.300.639,68         | R\$ 1.300.639,68         |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>                    | R\$ 430.952,29           | R\$ 318.910,19           | R\$ 1.292.856,88         | R\$ 1.292.856,88         |
| <b>SUBTOTAL - RECURSO ESTADUAL</b>                                                               | <b>R\$ 2.253.844,84</b>  | <b>R\$ 2.293.629,18</b>  | <b>R\$ 6.761.534,51</b>  | <b>R\$ 6.761.534,51</b>  |
| <b>SUBTOTAL - RECURSO FEDERAL</b>                                                                | <b>R\$ 430.952,29</b>    | <b>R\$ 318.910,19</b>    | <b>R\$ 1.292.856,88</b>  | <b>R\$ 1.292.856,88</b>  |
| <b>TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                     | <b>R\$ 2.684.797,13</b>  | <b>R\$ 2.612.539,37</b>  | <b>R\$ 8.054.391,38</b>  | <b>R\$ 8.054.391,38</b>  |
| <b>TOTAL PRÉ - FIXADO - ESTADUAL</b>                                                             | <b>R\$ 7.512.816,12</b>  | <b>R\$ 7.645.430,59</b>  | <b>R\$ 22.538.448,36</b> | <b>R\$ 22.538.448,36</b> |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL</b>                                                                | <b>R\$ 2.151.776,51</b>  | <b>R\$ 3.529.462,39</b>  | <b>R\$ 6.455.329,53</b>  | <b>R\$ 8.206.489,08</b>  |
| <b>TOTAL PRÉ - FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                   | <b>R\$ 9.664.592,63</b>  | <b>R\$ 11.174.892,98</b> | <b>R\$ 28.993.777,89</b> | <b>R\$ 30.744.937,44</b> |
| COMPONENTE PÓS - FIXADO                                                                          | MENSAL                   | JULHO 2024               | AGOSTO A OUTUBRO/2024    | TOTAL                    |
| Procedimentos de Média e Alta Complexidade - <b>Recurso Federal</b>                              | R\$ 196.149,66           | R\$ 196.149,66           | R\$ 588.448,98           | R\$ 588.448,98           |
| Consultas - <b>Recurso Estadual (Portaria 083-R/2019)</b>                                        | R\$ 18.600,00            | R\$ 18.600,00            | R\$ 55.800,00            | R\$ 55.800,00            |
| Exames - <b>Recurso Estadual (Portaria 015-R/2020)</b>                                           | R\$ 27.628,60            | R\$ 27.628,60            | R\$ 82.885,80            | R\$ 82.885,80            |
| Cirurgias de Endometriose - Portaria GM/MS nº 544, de 3 de maio de 2023 - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 249.484,18           | R\$ 0,00                 | R\$ 748.452,54           | R\$ 748.452,54           |
| OPME - padronizada - <b>Recurso Federal</b>                                                      | R\$ 44.334,00            | R\$ 23.067,00            | R\$ 133.002,00           | R\$ 133.002,00           |
| OPME - Não padronizada - <b>Recurso Estadual (Portaria 061-R/2023)</b>                           | R\$ 121.482,02           | R\$ 44.105,10            | R\$ 364.446,06           | R\$ 364.446,06           |
| <b>TOTAL PÓS - FIXADO FEDERAL</b>                                                                | <b>R\$ 489.967,84</b>    | <b>R\$ 219.216,66</b>    | <b>R\$ 1.469.903,52</b>  | <b>R\$ 1.469.903,52</b>  |
| <b>TOTAL PÓS - FIXADO ESTADUAL</b>                                                               | <b>R\$ 167.710,62</b>    | <b>R\$ 90.333,70</b>     | <b>R\$ 503.131,86</b>    | <b>R\$ 503.131,86</b>    |
| <b>TOTAL FEDERAL</b>                                                                             | <b>R\$ 2.641.744,35</b>  | <b>R\$ 3.748.679,05</b>  | <b>R\$ 7.925.233,05</b>  | <b>R\$ 9.676.392,60</b>  |
| <b>TOTAL ESTADUAL</b>                                                                            | <b>R\$ 7.680.526,74</b>  | <b>R\$ 7.735.764,29</b>  | <b>R\$ 23.041.580,22</b> | <b>R\$ 23.041.580,22</b> |
| <b>TOTAL PÓS - FIXADO - FEDERAL + ESTADUAL</b>                                                   | <b>R\$ 657.678,46</b>    | <b>R\$ 309.550,36</b>    | <b>R\$ 1.973.035,38</b>  | <b>R\$ 1.973.035,38</b>  |
| <b>TOTAL DO CONVÊNIO</b>                                                                         | <b>R\$ 10.322.271,09</b> | <b>R\$ 11.484.443,34</b> | <b>R\$ 30.966.813,27</b> | <b>R\$ 32.717.972,82</b> |
| <b>TOTAL DO ADITIVO</b>                                                                          |                          |                          |                          | <b>R\$ 32.717.972,82</b> |

| APROVAÇÃO                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de <b>R\$ 32.717.972,82 (trinta e dois milhões e setecentos e dezessete mil e novecentos e setenta e dois reais e oitenta e dois centavos).</b> |                                                                                                                                                                |
| <b>Assinatura e carimbo da Concedente</b><br><br>Nome:<br><br><b>ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA,</b><br><br><b>CPF: 926.326.297-72</b><br><br>Assinatura                                                         | <b>Assinatura e carimbo da Convenente</b><br><br>Nome:<br><br><b>WINSTON ROBERTO SOARES VIEIRA MACHADO</b><br><br><b>CPF: 049.111.807-49</b><br><br>Assinatura |
| Vitória (ES), ____ de julho de 2024.                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                |

ANEXOS

- ANEXO A: ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS
- ANEXO B – FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO – SCORE
- ANEXO C – PLANO DE TRABALHO
- ANEXO D – C

ANEXO A - ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

## LEITOS HOSPITALARES

| TIPO DE LEITOS                                     | Nº LEITOS  | QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS | VALOR DA DIÁRIA DO LEITO | VALOR TOTAL MENSAL      |
|----------------------------------------------------|------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Clínica Médica – Enfermaria Adulto                 | 40         | 1094,4                    | R\$ 700,00               | R\$ 766.080,00          |
| Clínica Médica – Enfermaria Pediátrico             | 50         | 1368                      | R\$ 700,00               | R\$ 957.600,00          |
| Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto               | 25         | 646                       | R\$ 782,00               | R\$ 505.172,00          |
| Clínica Cirúrgica – Enfermaria Pediátrico          | 12         | 310,08                    | R\$ 782,00               | R\$ 242.482,56          |
| UTI Adulto                                         | 40         | 1094,4                    | R\$ 1.385,00             | R\$ 1.515.744,00        |
| UTI Pediátrico                                     | 28         | 766,08                    | R\$ 1.385,00             | R\$ 1.061.020,80        |
| UTI Neonatal (UTIN)                                | 19         | 519,84                    | R\$ 1.225,00             | R\$ 636.804,00          |
| Intermediária Neonatal Convencional (UCINCO)       | 19         | 519,84                    | R\$ 1.294,00             | R\$ 672.672,96          |
| Intermediária Neonatal Canguru (UCINCA)            | 10         | 273,6                     | R\$ 700,00               | R\$ 191.520,00          |
| <b>TOTAL</b>                                       | <b>243</b> |                           |                          | <b>R\$ 6.549.096,32</b> |
| TIPO DE LEITOS                                     | Nº LEITOS  | QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS | VALOR DIÁRIA DE LEITO    | VALOR TOTAL MENSAL      |
| Clínica Obstétrica – Maternidade Alto Risco        | 13         | 335,92                    | R\$ 1.105,00             | R\$ 371.191,60          |
| Clínica Obstétrica – Maternidade de Risco Habitual | 28         | 723,52                    | R\$ 807,00               | R\$ 583.880,64          |
| <b>TOTAL</b>                                       | <b>41</b>  |                           |                          | <b>R\$ 955.072,24</b>   |
| <b>TOTAL DE LEITOS</b>                             | <b>284</b> |                           |                          | <b>R\$ 7.504.168,56</b> |
| TIPO DE LEITOS                                     | Nº LEITOS  | QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS | VALOR DIÁRIA DE LEITO    | VALOR TOTAL MENSAL      |
| U/E Sala Vermelha                                  | 18         | 547,2                     | R\$ 2.641,00             | R\$ 1.445.155,20        |
| <b>TOTAL</b>                                       | <b>15</b>  |                           | <b>R\$ 2.641,00</b>      | <b>R\$ 1.445.155,20</b> |
| <b>TOTAL GERAL DE LEITOS</b>                       | <b>302</b> |                           |                          | <b>R\$ 8.949.323,76</b> |

SIA - MÉDIA COMPLEXIDADE

| HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS                  |                                            |                                                           |            |                |               |                       |                            |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------|----------------|---------------|-----------------------|----------------------------|
| RECURSO FEDERAL                                       |                                            |                                                           |            |                |               |                       |                            |
| Grupo                                                 | Subgrupo                                   | Forma Organizacional                                      | Quant/ mês | Valor Unitário | Valor/mês     | Quant 1º Vez (Acesso) | Quant autogestão (retorno) |
| 02-<br>Procedimentos<br>com Finalidade<br>Diagnóstica | 01 - Coleta de material                    | 01 - Coleta de material por meio de punção/biopsia        | 1          | R\$ 23,37      | R\$ 23,37     | 0                     | 1                          |
|                                                       | 02 - Diagnóstico Laboratório Clínico       | 01 - Exames Bioquímicos                                   | 9.458      | R\$ 2,73       | R\$ 25.820,34 | 0                     | 9.458                      |
|                                                       |                                            | 02 - Exames Hematológicos e Hemostasia                    | 2.998      | R\$ 3,64       | R\$ 10.912,72 | 0                     | 2.998                      |
|                                                       |                                            | 03 - Exames Sorológicos e Imunológicos                    | 2.522      | R\$ 13,52      | R\$ 34.097,44 | 0                     | 2.522                      |
|                                                       |                                            | 04 - Exames Coprológicos                                  | 555        | R\$ 1,67       | R\$ 926,85    | 0                     | 555                        |
|                                                       |                                            | 05 - Exames de Uroanálise                                 | 1.434      | R\$ 3,71       | R\$ 5.320,14  | 0                     | 1.434                      |
|                                                       |                                            | 06 - Exames Hormonais                                     | 1.017      | R\$ 10,08      | R\$ 10.251,36 | 0                     | 1.017                      |
|                                                       |                                            | 07 - Exames Toxicológicos ou de Monitorização Terapêutica | 16         | R\$ 13,01      | R\$ 208,16    | 0                     | 16                         |
|                                                       |                                            | 08 - Exames Microbiológicos                               | 585        | R\$ 5,20       | R\$ 3.042,00  | 0                     | 585                        |
|                                                       |                                            | 09 - Exames em Outros Líquidos Biológicos                 | 67         | R\$ 2,00       | R\$ 134,00    | 0                     | 67                         |
|                                                       |                                            | 12 - Exames Imunohematológicos                            | 211        | R\$ 1,45       | R\$ 305,95    | 0                     | 211                        |
|                                                       | 03 - Diagnóstico por Anatomia Patológica e | 01 - Exames Citopatológicos                               | 150        | R\$ 20,96      | R\$ 3.144,00  | 0                     | 150                        |

|                                                                                                                                                    |                                               |                                                                                                                           |        |           |                |     |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|----------------|-----|--------|
|                                                                                                                                                    | Cipatologia                                   | 02 - Exames Anatomopatológicos                                                                                            | 1      | R\$ 92,00 | R\$ 92,00      | 0   | 1      |
|                                                                                                                                                    | 05- Diagnóstico por ultrassonografia          | 01 - Ultrassonografia do Sistema circulatório                                                                             | 80     | R\$ 67,86 | R\$ 5.428,80   | 48  | 32     |
|                                                                                                                                                    |                                               | 01- Ultrassonografia do sistema circulatório (qualquer região anatômica). Ultrassonografia de Doppler de Fluxo Obstétrico | 10     | R\$ 42,90 | R\$ 429,00     | 5   | 5      |
|                                                                                                                                                    |                                               | 02 - Ultrassonografia dos demais Sistemas                                                                                 | 210    | R\$ 24,20 | R\$ 5.082,00   | 105 | 105    |
|                                                                                                                                                    |                                               | 02 - Ultrassonografia dos demais Sistemas (Abdômen Total)                                                                 | 40     | R\$ 37,95 | R\$ 1.518,00   | 20  | 20     |
|                                                                                                                                                    | 09 - Diagnóstico em Endoscopia                | 04 - Videolaringoscopia                                                                                                   | 80     | R\$ 45,50 | R\$ 3.640,00   | 64  | 16     |
|                                                                                                                                                    | 11- Métodos Diagnósticos em Especialidades    | 07- Diagnóstico em Otorrinolaringologia/fonoaudiologia (Testes Vestibulares – Otoneurológicos / BERA)                     | 80     | R\$ 13,51 | R\$ 1.080,80   | 40  | 40     |
|                                                                                                                                                    |                                               | Grupo Audiometria                                                                                                         | 250    | R\$ 24,75 | R\$ 6.187,50   | 100 | 150    |
|                                                                                                                                                    |                                               | 09 - Diagnostico em Urologia – Avaliação Urodinâmica Completa                                                             | 30     | R\$ 7,62  | R\$ 228,60     | 18  | 12     |
| 03- Procedimentos Clínicos                                                                                                                         | 01 - Consultas/ Atendimentos/ Acompanhamentos | 01 - Consultas Médicas                                                                                                    | 950    | R\$ 10,00 | R\$ 9.500,00   | 488 | 462    |
| TOTAL                                                                                                                                              |                                               |                                                                                                                           | 20.744 |           | R\$ 127.349,66 | 888 | 19.857 |
| Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. |                                               |                                                                                                                           |        |           |                |     |        |

**SIA DE ALTA COMPLEXIDADE**

| RECURSO FEDERAL                                                                                                                                    |                                 |                                                        |            |                |               |                       |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------|------------|----------------|---------------|-----------------------|----------------------------|
| Grupo                                                                                                                                              | Subgrupo                        | Forma Organizacional                                   | Quant/ mês | Valor Unitário | Valor/mês     | Quant 1º Vez (Acesso) | Quant autogestão (retorno) |
| 02-<br>Procedimentos com Finalidade Diagnóstica                                                                                                    | 06 - Diagnóstico por tomografia | 01- Tomografia da cabeça, pescoço e coluna vertebral   | 500        | R\$ 138,00     | R\$ 69.000,00 | 300                   | 200                        |
|                                                                                                                                                    |                                 | 02 - Tomografia do Tórax e membros superiores          |            |                |               |                       |                            |
|                                                                                                                                                    |                                 | 03 - Tomografia do Abdômen, pelve e membros inferiores |            |                |               |                       |                            |
| TOTAL                                                                                                                                              |                                 |                                                        | 500        |                | R\$ 69.000,00 | 300                   | 200                        |
| Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. |                                 |                                                        |            |                |               |                       |                            |

## CONSULTAS

| RECURSO ESTADUAL - PORTARIA 083-R/2019                                                                                                             |                          |                            |                                 |                                |                             |                                                       |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                                          |                          |                            |                                 |                                |                             |                                                       |                                                    |
| ESPECIALIDADE                                                                                                                                      | Oferta Mensal Contratual | Quantidade 1º Vez (Acesso) | Quantidade autogestão (retorno) | Tabela Sigtap - Valor Unitário | Tabela Sigtap - Valor Total | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Unitário | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Total |
| CONSULTA EM ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA GERAL                                                                                                         | 40                       | 20                         | 20                              | R\$ 10,00                      | R\$ 400,00                  | R\$ 20,00                                             | R\$ 800,00                                         |
| CONSULTA EM CARDIOLOGIA PEDIATRIA                                                                                                                  | 80                       | 40                         | 40                              | R\$ 10,00                      | R\$ 800,00                  | R\$ 20,00                                             | R\$ 1.600,00                                       |
| CONSULTA EM CIRURGIA GERAL ADULTO MEDIA COMPLEXIDADE                                                                                               | 100                      | 80                         | 20                              | R\$ 10,00                      | R\$ 1.000,00                | R\$ 20,00                                             | R\$ 2.000,00                                       |
| CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ADULTO                                                                                                           | 150                      | 75                         | 75                              | R\$ 10,00                      | R\$ 1.500,00                | R\$ 20,00                                             | R\$ 3.000,00                                       |
| CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ALTA COMPLEXIDADE                                                                                                | 10                       | 0                          | 10                              | R\$ 10,00                      | R\$ 100,00                  | R\$ 20,00                                             | R\$ 200,00                                         |
| CONSULTA EM CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA                                                                                                          | 150                      | 105                        | 45                              | R\$ 10,00                      | R\$ 1.500,00                | R\$ 20,00                                             | R\$ 3.000,00                                       |
| CONSULTA EM CIRURGIA PEDIATRIA                                                                                                                     | 120                      | 120                        | 0                               | R\$ 10,00                      | R\$ 1.200,00                | R\$ 20,00                                             | R\$ 2.400,00                                       |
| CONSULTA EM CIRURGIA UROLOGIA ADULTO                                                                                                               | 80                       | 32                         | 48                              | R\$ 10,00                      | R\$ 800,00                  | R\$ 20,00                                             | R\$ 1.600,00                                       |
| CONSULTA EM NEUROCIRURGIA PEDIATRIA                                                                                                                | 0                        | 0                          | 0                               | R\$ 10,00                      | R\$ 200,00                  | R\$ 20,00                                             | R\$ 0,00                                           |
| CONSULTA EM ANESTESIOLOGIA                                                                                                                         | 100                      | 0                          | 100                             | R\$ 10,00                      | R\$ 1.000,00                | R\$ 20,00                                             | R\$ 2.000,00                                       |
| CONSULTA EM CARDIOLOGIA PARA RISCO CIRÚRGICO                                                                                                       | 100                      | 0                          | 100                             | R\$ 10,00                      | R\$ 1.000,00                | R\$ 20,00                                             | R\$ 2.000,00                                       |
| TOTAL                                                                                                                                              | 930                      | 472                        | 458                             |                                | R\$ 9.300,00                |                                                       | R\$ 18.600,00                                      |
| Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. |                          |                            |                                 |                                |                             |                                                       |                                                    |

EXAMES

RECURSO ESTADUAL - PORTARIA 015-R/2020

| Ambulatório Especializado                                             | Código do Procedimento / Forma Organizacional | Oferta Mensal Contratual | Quantidade 1º Vez (Acesso) | Quantidade de autogestão (retorno) | Tabela Sigtap - Valor Unitário | Tabela Sigtap - Valor Total | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Unitário | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Total |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA (PEDIÁTRICA)                            | 02.05.01.003-2                                | 80                       | 48                         | 32                                 | R\$ 67,86                      | R\$ 5.428,80                | R\$ 57,14                                             | R\$ 4.571,20                                       |
| ULTRASSONOGRAMA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO                           | 02.05.01.005-9                                | 10                       | 5                          | 5                                  | R\$ 42,90                      | R\$ 429,00                  | R\$ 82,10                                             | R\$ 821,00                                         |
| GRUPO ULTRASSONOGRAMA DE ARTICULACAO                                  | 02.05.02                                      | 60                       | 30                         | 30                                 | R\$ 24,20                      | R\$ 1.452,00                | R\$ 24,20                                             | R\$ 1.452,00                                       |
| GRUPO ULTRASSONOGRAMA DE PAREDE ABDOMINAL                             | 02.05.02                                      | 10                       | 5                          | 5                                  | R\$ 24,20                      | R\$ 242,00                  | R\$ 24,20                                             | R\$ 242,00                                         |
| ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA                                            | 02.05.02.014-3                                | 20                       | 10                         | 10                                 | R\$ 24,20                      | R\$ 484,00                  | R\$ 24,20                                             | R\$ 484,00                                         |
| ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES) | 02.05.02.003-8                                | 50                       | 25                         | 25                                 | R\$ 24,20                      | R\$ 1.210,00                | R\$ 24,20                                             | R\$ 1.210,00                                       |
| ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN TOTAL                                      | 02.05.02.004-6                                | 40                       | 20                         | 20                                 | R\$ 37,95                      | R\$ 1.518,00                | R\$ 10,45                                             | R\$ 418,00                                         |
| ULTRASSONOGRAMA DE APARELHO URINÁRIO (RINS, BEXIGA)                   | 02.05.02.005-4                                | 10                       | 5                          | 5                                  | R\$ 24,20                      | R\$ 242,00                  | R\$ 24,20                                             | R\$ 242,00                                         |
| ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL                                     | 02.05.02.007-0                                | 10                       | 5                          | 5                                  | R\$ 24,20                      | R\$ 242,00                  | R\$ 24,20                                             | R\$ 242,00                                         |
| ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES                                       | 02.05.02.006-2                                | 10                       | 5                          | 5                                  | R\$ 24,20                      | R\$ 242,00                  | R\$ 24,20                                             | R\$ 242,00                                         |
| ULTRASSONOGRAMA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL                         | 02.05.02.010-0                                | 10                       | 5                          | 5                                  | R\$ 24,20                      | R\$ 242,00                  | R\$ 24,20                                             | R\$ 242,00                                         |
| ULTRASSONOGRAMA PELVICA (GINECOLÓGICA)                                | 02.05.02.016-0                                | 10                       | 5                          | 5                                  | R\$ 24,20                      | R\$ 242,00                  | R\$ 24,20                                             | R\$ 242,00                                         |
| ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL                                          | 02.05.02.018-6                                | 20                       | 10                         | 10                                 | R\$ 24,20                      | R\$ 484,00                  | R\$ 24,20                                             | R\$ 484,00                                         |

|                                                                                                                                                    |                |     |     |     |           |              |               |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----|-----|-----|-----------|--------------|---------------|--------------|
| VIDEOLARINGOSCOPIA                                                                                                                                 | 02.09.04.004-1 | 80  | 64  | 16  | R\$ 45,50 | R\$ 3.640,00 | R\$ 35,50     | R\$ 2.840,00 |
| GRUPO AUDIOMETRIA                                                                                                                                  | 02.11.07       | 250 | 100 | 150 | R\$ 24,75 | R\$ 6.187,50 | R\$ 19,00     | R\$ 4.750,00 |
| AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA                                                                                                                     | 02.11.09.001-8 | 30  | 18  | 12  | R\$ 7,62  | R\$ 228,60   | R\$ 304,88    | R\$ 9.146,40 |
| TOTAL                                                                                                                                              | 700            | 360 | 340 |     |           |              | R\$ 27.628,60 | TOTAL        |
| Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. |                |     |     |     |           |              |               |              |

OPME – PADRONIZADA

| OPME PADRONIZADA - 17º Termo Aditivo - AGOSTO A OUTUBRO/2024                                                                                       |              |                |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|---------------|
| RECURSO FEDERAL - VALORES DA TABELA SIGTAP                                                                                                         |              |                |               |
| FORMA ORGANIZAÇÃO SECUNDÁRIA                                                                                                                       | MEDIA MENSAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR MÊS     |
| 07.02.05.003-2 - CARGA P/ GRAMPEADOR LINEAR                                                                                                        | 10           | R\$ 254,00     | R\$ 2.540,00  |
| 07.02.05.004-0 - CARGA P/ GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE                                                                                               | 10           | R\$ 254,00     | R\$ 2.540,00  |
| 07.02.05.026-1 - GRAMPEADOR CIRCULAR INTRALUMINAL                                                                                                  | 10           | R\$ 959,40     | R\$ 9.594,00  |
| 07.02.05.027-0 - GRAMPEADOR LINEAR                                                                                                                 | 10           | R\$ 1.033,00   | R\$ 10.330,00 |
| 07.02.05.028-8 - GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE                                                                                                        | 10           | R\$ 1.033,00   | R\$ 10.330,00 |
| 07.02.06.001-1 - CATETER DUPLO J                                                                                                                   | 50           | R\$ 180,00     | R\$ 9.000,00  |
| TOTAL                                                                                                                                              | 100          |                | R\$ 44.334,00 |
| Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. |              |                |               |

OPME NÃO PADRONIZADA

| Portaria nº 061-R, de 31/07/2023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                            |            |                |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------|----------------|----------------|
| RECURSO ESTADUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                            |            |                |                |
| ITEM NA PORTARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DESCRIÇÃO DO ITEM                                          | QUANT. MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MÊS      |
| 38                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PINÇA ULTRASSÔNICA PARA CIRURGIA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA  | 10         | R\$ 2.000,00   | R\$ 20.000,00  |
| 28                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | KIT SELANTE DE FIBRINA (FIBRINOGEN, APROTIN, TROMBINA) 5ML | 1          | R\$ 1.521,02   | R\$ 1.521,02   |
| 42                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CATETER PARA DRENAGEM BILIAR                               | 3          | R\$ 400,00     | R\$ 1.200,00   |
| 39                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | AGULHA ENDOSCÓPICA                                         | 3          | R\$ 600,00     | R\$ 1.800,00   |
| 41                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | BALÃO EXTRATOR DE CÁLCULOS                                 | 10         | R\$ 350,00     | R\$ 3.500,00   |
| 43                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FIO GUIA PANCREATO BILIAR                                  | 3          | R\$ 300,00     | R\$ 900,00     |
| 44                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PAPILOTOMO TIPO TRIPLO LUMEN OU FACA                       | 5          | R\$ 400,00     | R\$ 2.000,00   |
| 45                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PRÓTESE DE VIA BILIAR                                      | 5          | R\$ 300,00     | R\$ 1.500,00   |
| 46                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CESTO EXTRATOR DE CÁLCULO RENAL, URETERAL E BILIAR         | 30         | R\$ 500,00     | R\$ 15.000,00  |
| 72                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FIO GUIA HIDROFÍLICO PARA UROLOGIA                         | 60         | R\$ 134,35     | R\$ 8.061,00   |
| 73                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FIBRA LASER*                                               | 30         | R\$ 2.200,00   | R\$ 66.000,00  |
| TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                            | 160        |                | R\$ 121.482,02 |
| <p><b>Obs 1.</b> Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.</p> <p><b>Obs.2</b> Esta tabela representa um quadro estimativo de valor global para OPME's não padrão, ficando facultado ao hospital utilizar qualquer item em quaisquer quantitativo da Portaria vigente, ou outra que venha a substitui-la; sendo pago o valor unitário disposto na Portaria vigente, conforme utilização e comprovação. Fica vedado ultrapassar o teto financeiro aqui previsto.</p> <p><b>Obs.3</b> A comprovação da utilização das OPME's não padrão, dispostas na Portaria vigente, se dará obrigatoriamente pela fixação das etiquetas (principais e secundárias) no prontuário, além de evolução médica com descrição do ato cirúrgico e detalhamento do uso das OPME's.</p> |                                                            |            |                |                |

| Cirurgia de Endometriose                                  |               |                |                |
|-----------------------------------------------------------|---------------|----------------|----------------|
| Plano de Trabalho - execução - Agosto 2024 a Outubro 2024 |               |                |                |
| ESPECIFICAÇÃO                                             | QUANT. MENSAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL   |
| CIRURGIAS                                                 |               |                |                |
| Cirurgia de Endometriose – Grau I                         | 01            | R\$ 5.996,21   | R\$ 5.996,21   |
| Cirurgia de Endometriose – Grau II                        | 01            | R\$ 8.007,81   | R\$ 8.007,81   |
| Cirurgia de Endometriose – Grau III                       | 04            | R\$ 15.393,51  | R\$ 61.574,04  |
| Cirurgia de Endometriose – Grau IV                        | 04            | R\$ 21.867,53  | R\$ 87.470,12  |
| SUB-TOTAL                                                 | 10            |                | R\$ 163.048,18 |
| DIÁRIAS                                                   | QUANT. MENSAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL   |
| Grau I - 06 diárias                                       | 6             | R\$ 977,00     | R\$ 5.862,00   |
| Grau II - 06 diárias                                      | 6             | R\$ 977,00     | R\$ 5.862,00   |
| Grau III - 07 diárias                                     | 28            | R\$ 977,00     | R\$ 27.356,00  |
| Grau IV - 07 diárias                                      | 28            | R\$ 977,00     | R\$ 27.356,00  |
| SUB-TOTAL                                                 | 68            |                | R\$ 66.436,00  |
| OPME'S                                                    | QUANT. MENSAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL   |
| Pinça Ultrassônica para cirurgia de Endometriose          | 10            | R\$ 2.000,00   | R\$ 20.000,00  |
| SUB-TOTAL                                                 | 10            |                | R\$ 20.000,00  |
| VALOR TOTAL PLANO DE TRABALHO                             |               |                | R\$ 249.484,18 |

Obs. 01: O pagamento será realizado com base no monitoramento in loco para verificação dos atendimentos realizados, com base nos valores definidos na Nota Técnica GES 002/2024 para cada de cirurgia e seu respectivo estágio, acrescido do valor das diárias utilizadas para internação do referido paciente, não sendo considerada a diária do dia da alta. Os leitos utilizados para internação das pacientes submetidas às cirurgias de endometriose não fazem parte do total dos leitos já contratualizados na rotina dos serviços ofertados pelo estabelecimento. Nesse contexto, é vedado ao estabelecimento a transferência das pacientes para qualquer leito já contratualizados.

Obs. 02 - Para a realização do monitoramento é imprescindível a apresentação das diárias dos leitos utilizados para internação bem como a descrição cirúrgica detalhada em prontuário de acordo com o Grau de Estágio conforme Nota Técnica GES – 002/2024 se, na descrição cirúrgica de determinado paciente, houver a menção das características de patologias (pela CID-10, no código N800 (endometriose) ou subcódigos N800 (endometriose do útero), N801 (endometriose do ovário), N802 (endometriose da trompa de falópio), N803 (endometriose do peritônio pélvico), N804 (endometriose do septo retovaginal e da vagina), N805 (endometriose do intestino), N806 (endometriose em cicatriz cutânea), N808 (outra endometriose) e N809 (endometriose não especificada), E:

a) Estágio I: descrição de doença mínima, cabendo implantes isolados e sem aderências significativas.

- b) Estágio II: descrição doença leve, cabendo implantes superficiais com menos de 5 cm e sem aderências significativas
- c) Estágio III: descrição de doença moderada, cabendo múltiplos implantes e aderências peritubárias e periovarianas evidentes.
- d) Estágio IV: descrição de doença grave, cabendo múltiplos implantes superficiais e profundos e incluindo endometriomas e aderências densas e firmes.

PISO ENFERMAGEM

| RECURSO FEDERAL                                                      |                |
|----------------------------------------------------------------------|----------------|
| Portaria GM/MS 4.631/2024 - Piso da Enfermagem - Parcela Junho /2024 | R\$ 751.159,55 |
| TOTAL                                                                | R\$ 751.159,55 |

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

FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO SCORE

| DESCRIÇÃO                                                   | META                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SCORE MÁXIMO |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 5,0          |
| 1.1. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA) | <p>Apresentar no 1º Quadrimestre, após a celebração do Convênio de Contratualização, o Plano de Certificação – Cronograma, e obter 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></p> | 5,0          |

|                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificação ONA 1 em 18 meses;</li> </ul> <p><b><u>Hospitais de Apoio:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (<b>CQH</b>) em 18 meses.</li> </ul> <p>Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
| <b>2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS</b>                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>5,0</b>  |
| 2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial | <p>A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser <math>\geq 95\%</math> dos funcionários.</p> <p>Apresentar Plano de Educação Continuada ativo e cronograma de treinamento.</p> <p>É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 5,0         |
| <b>3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>15,0</b> |
| 3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar   | <p>Manter as seguintes Comissões em pleno funcionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comissão de Revisão de Prontuário;</li> <li>• Comissão de Óbitos;</li> <li>• Comissão de Ética Médica;</li> <li>• Comissão de Ética em Enfermagem;</li> <li>• Comissão de Farmácia e Terapêutica;</li> <li>• Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);</li> <li>• Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber;</li> <li>• Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);</li> <li>• Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino;</li> <li>• Comissão de Segurança do Paciente;</li> <li>• Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e</li> <li>• Grupo Técnico de Humanização (GTH).</li> </ul> | 10,0        |
| 3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 5,0         |

|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|                                                                                                                          | <p>Segurança do Paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação do Paciente;</li> <li>• Cirurgia Segura;</li> <li>• Prevenção de Úlcera de Pressão;</li> <li>• Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde;</li> <li>• Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos;</li> <li>• Prevenção de Quedas.</li> </ul>                                                                                                                                            |             |
| <b>4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO</b>                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>5,0</b>  |
| 4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada Prioritariamente pela metodologia do NPS ( <i>Net Promoter Score</i> ) | <p>Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital.</p> <p>Atingir resposta ótimo e bom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 65\%</math> - 5,0 pontos;</li> <li>• 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos;</li> <li>• <math>\leq 61,99</math> – zero.</li> </ul> <p>OU</p> <p>Atingir índice do NPS 65:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SIM - 5,0 pontos;</li> <li>• NÃO – zero.</li> </ul> <p>OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a ser monitorada.</p> | 5,0         |
| <b>5. ACESSO AO SISTEMA</b>                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>35,0</b> |
| 5.1. Acesso Hospitalar                                                                                                   | <p>Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação.</p> <p>Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 5,0         |
| 5.2. Tempo de Regulação                                                                                                  | Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 5,0         |
| 5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado                                                                            | <p>Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de Regulação.</p> <p>(Leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 10,0        |
| 5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada                                                                       | 100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas e inseridas para visualização e controle no                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 5,0         |

|                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|                                                                                                                           | sistema de regulação.                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |
| 5.5 . Acesso aos Exames Especializada                                                                                     | 100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas e inseridos para visualização e controle no sistema de regulação.                                                                                                                                                        | 5,0          |
| 5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas                                                                                   | <p>Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas <math>\leq 8\%</math></p> <p>Atingir percentual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\leq 8,0\%</math> - 5,0 pontos;</li> <li>• 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos;</li> <li>• <math>\geq 10,0\%</math> – zero.</li> </ul> | 5,0          |
| <b>6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO</b>                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>25,0</b>  |
| 6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência                                                  | Alcançar e manter, em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de <b>50%</b> do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência).                                      | 15,0         |
| 6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação                                                  | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação.                                                                                                          | 5,0          |
| 6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas                                          | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas.                                                                                                  | 5,0          |
| <b>7. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>10,0</b>  |
| 7.1. Proporção de gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha durante a internação para realização do parto | Assegurar a $\geq 95\%$ das gestantes a presença do acompanhante de livre escolha.                                                                                                                                                                                                       | 2,0          |
| 7.2. Preenchimento do Partograma                                                                                          | Ter 95% das gestantes em trabalho de parto ativo com partograma preenchido.                                                                                                                                                                                                              | 2,0          |
| 7.3. Classificação de Risco (Manchester e/ou outros)                                                                      | Ter 95% das gestantes internadas com avaliação no protocolo de risco.                                                                                                                                                                                                                    | 2,0          |
| 7.4. Taxa de Cesárea                                                                                                      | Alcançar, no máximo, 52% de partos cesários por mês.                                                                                                                                                                                                                                     | 2,0          |
| 7.5. Proporção de RN com apgar de 5º minuto $\leq 7$                                                                      | Ter no máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto $\leq 7$ .                                                                                                                                                                                                                              | 2,0          |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>100,0</b> |

## **ANEXO C - CNES**



## HOSPITAL MATERNO INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS

Rua Coronel Guárdia, 100, Centro, CEP 29.300-070  
Cachoeiro de Itapemirim ES - (28)2101-5656  
E-mail: hifa@hifa.org.br - Site: www.hifa.org.br

Cachoeiro de Itapemirim, 25 de junho de 2024.

### OFÍCIO HIFA/ATS Nº 089/2024

Ao

**Exmo. Sr. Miguel Paulo Duarte Neto**

**Secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo**

**Vitória – ES**

Excelentíssimo Senhor Secretário;

Tendo em vista a publicação da Resolução CIB/ES Nº 120/2024 que autoriza a transferência de recursos financeiros oriundos de Emenda Parlamentar, referentes ao Incremento Temporário de Custeio dos Serviços de Atenção Especializada à Saúde, vimos solicitar o repasse no valor de **R\$ 1.000.000,00 (um milhões de reais)** através de celebração de Termo Aditivo ao Convênio de Contratualização Nº 001/2022.

Dado o exposto, encaminhamos Plano de Trabalho e solicitamos a Vossa Senhoria as medidas necessárias para que possamos firmar o referido Termo Aditivo ao Convênio de Contratualização e, oportunamente, agradecemos a atenção dispensada.

Atenciosamente,

**Winston Roberto Soares Vieira Machado**  
**Presidente**



## **HOSPITAL MATERNO INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS**

Rua Coronel Guárdia, 100, Centro, CEP 29.300-070

Cachoeiro de Itapemirim ES - (28)2101-5656

Email: hifa@hifa.org.br - Site: www.hifa.org.br

### **PLANO DE TRABALHO**

**HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS – HIFA**

**PORTARIA GM/MS Nº 3.862, DE 17 DE MAIO DE 2024**

**RESOLUÇÃO CIB Nº 120/2024**

2024-2Z8029C07B286CE-DOOSUW6PIASINPICESAL2506/2024 12:28 PAGINA 2/8

O homem de bem, que compreende a caridade segundo Jesus, se antecipa ao infeliz sem esperar que lhe estenda a mão.



# HOSPITAL MATERNO INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS

Rua Coronel Guárdia, 100, Centro, CEP 29.300-070

Cachoeiro de Itapemirim ES - (28)2101-5656

Email: hifa@hifa.org.br - Site: www.hifa.org.br

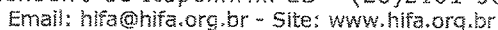
## 01 - DADOS CADASTRAIS

|                                                                                  |  |                            |                         |                                   |                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|-------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b>ÓRGÃO/ ENTIDADE PROPONENTE</b><br>HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS - HIFA |  |                            |                         | <b>CNPJ</b><br>27.192.590/0001-58 |                                                      |
| <b>ENDEREÇO</b><br>RUA CORONEL GUARDIA, 100 - CENTRO                             |  |                            |                         |                                   |                                                      |
| <b>CIDADE</b><br>CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM                                         |  | <b>UF</b><br>ES            | <b>CEP</b><br>29300-070 | <b>DDD/FONE</b><br>(28)2102-5646  | <b>E.A</b><br>FILANTRÓPICA                           |
| <b>CONTA CORRENTE</b><br>35.234.327                                              |  | <b>BANCO</b><br>BANESTES   |                         | <b>AGÊNCIA</b><br>0115            | <b>PRAÇA DE PAGAMENTO</b><br>CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| <b>NOME DO RESPONSÁVEL</b><br>WINSTON ROBERTO SOARES VIEIRA MACHADO              |  |                            |                         |                                   | <b>CPF</b><br>049.111.807-49                         |
| <b>C.I. / ÓRGÃO EXPEDIDOR</b><br>113.643 SSP/ES                                  |  | <b>CARGO</b><br>PRESIDENTE |                         | <b>FUNÇÃO</b>                     | <b>MATRÍCULA</b>                                     |
| <b>ENDEREÇO</b>                                                                  |  |                            |                         |                                   | <b>CEP</b>                                           |

## 2 - DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                             |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <b>TÍTULO DO PROJETO:</b><br>Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Especializada a Saúde.                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>INÍCIO</b><br>Julho/2024 | <b>TÉRMINO</b><br>Janeiro/2025 |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:</b><br><br>Repasse referente ao Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Especializada a Saúde, cujo recurso temporário será destinado a complementar o custeio dos serviços prestados no Hospital Infantil Francisco de Assis – HIFA, conforme PORTARIA GM/MS Nº 3.862, DE 17 DE MAIO DE 2024 e RESOLUÇÃO CIB Nº 120/2024. |                             |                                |

O homem de bem, que compreende a caridade segundo Jesus, se antecipa ao infeliz sem esperar que lhe estenda a mão.





## HOSPITAL MATERNO INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS

Rua Coronel Guárdia, 100, Centro, CEP 29.300-070

Cachoeiro de Itapemirim ES - (28)2101-5656

Email: hifa@hifa.org.br - Site: www.hifa.org.br

### 06 – DECLARAÇÃO

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

**Cachoeiro de Itapemirim ES, 25 de Junho de 2024.**

**Winston Roberto Soares Vieira Machado**  
**Presidente**

### 07 - APROVAÇÃO PELA CONCEDENTE

**Aprovado**

**Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2024.**



## HOSPITAL MATERNO INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS

Rua Coronel Guárdia, 100, Centro, CEP 29.300-070

Cachoeiro de Itapemirim ES - (28)2101-5656

E-mail: hifa@hifa.org.br - Site: www.hifa.org.br

Cachoeiro de Itapemirim, 23 de julho de 2024.

### OFÍCIO HIFA/ATS Nº 105/2024

Ao

Exmo. Sr. Miguel Paulo Duarte Neto

Secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo

Vitória – ES

Excelentíssimo Senhor Secretário;

Tendo em vista a solicitação da SESA quanto a necessidade de ampliação de **CIRURGIAS ELETIVAS EM ENDOMETRIOSE**, vimos encaminhar Plano de Trabalho para celebração de Termo Aditivo ao Convênio de Contratualização Nº 001/2022.

Dado o exposto, solicitamos a Vossa Senhoria as medidas necessárias para que possamos firmar Termo Aditivo ao Convênio de Contratualização e, oportunamente, agradecemos a atenção dispensada.

Atenciosamente,

**ADM. Jailton Alves Pedrosa**  
Superintendente



## **HOSPITAL MATERNO INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS**

Rua Coronel Guárdia, 100, Centro, CEP 29.300-070

Cachoeiro de Itapemirim ES - (28)2101-5656

Email: hifa@hifa.org.br - Site: www.hifa.org.br

# **PLANO DE TRABALHO**

## **HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS – HIFA**

### **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ENDOMETRIOSE**

#### **NOTA TÉCNICA DE CUSTOS ESTIMADOS GES Nº 002/2024**

2024-L1JC8V - E-DOCS - DOCUMENTO ORIGINAL - 23/07/2024 18:38  
2024-2ZKKQS - E-DOCS - DOCUMENTO ORIGINAL - 31/07/2024 18:38 PÁGINA 369 79

O homem de bem, que compreende a caridade segundo Jesus, se antecipa ao infeliz sem esperar que lhe estenda a mão.



## HOSPITAL MATERNO INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS

Rua Coronel Guárdia, 100, Centro, CEP 29.300-070

Cachoeiro de Itapemirim ES - (28)2101-5656

Email: hifa@hifa.org.br - Site: www.hifa.org.br

### 01 - DADOS CADASTRAIS

|                                                                                  |  |                            |                         |                                   |                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|-------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b>ÓRGÃO/ ENTIDADE PROPONENTE</b><br>HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS - HIFA |  |                            |                         | <b>CNPJ</b><br>27.192.590/0001-58 |                                                      |
| <b>ENDEREÇO</b><br>RUA CORONEL GUARDIA, 100 - CENTRO                             |  |                            |                         |                                   |                                                      |
| <b>CIDADE</b><br>CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM                                         |  | <b>UF</b><br>ES            | <b>CEP</b><br>29300-070 | <b>DDD/FONE</b><br>(28)2102-5646  | <b>E.A</b><br>FILANTRÓPICA                           |
| <b>CONTA CORRENTE</b><br>35.234.327                                              |  | <b>BANCO</b><br>BANESTES   |                         | <b>AGÊNCIA</b><br>0115            | <b>PRAÇA DE PAGAMENTO</b><br>CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| <b>NOME DO RESPONSÁVEL</b><br>WINSTON ROBERTO SOARES VIEIRA MACHADO              |  |                            |                         |                                   | <b>CPF</b><br>049.111.807-49                         |
| <b>C.I. / ÓRGÃO EXPEDIDOR</b><br>113.643 SSP/ES                                  |  | <b>CARGO</b><br>PRESIDENTE |                         | <b>FUNÇÃO</b>                     | <b>MATRÍCULA</b>                                     |
| <b>ENDEREÇO</b>                                                                  |  |                            |                         |                                   | <b>CEP</b>                                           |

### 2 - DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <b>TÍTULO DO PROJETO:</b><br>Tratamento Cirúrgico da Endometriose                                                                                                                                                                   | <b>INÍCIO</b><br>Agosto/2024 | <b>TÉRMINO</b><br>Outubro/2024 |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:</b><br><br>Oferta de cirurgias eletivas em endometriose visando atender a demanda de filas reprimidas, conforme Nota Técnica de Custos Estimados GES Nº 02/2024 – Tratamento Cirúrgico da Endometriose. |                              |                                |

O homem de bem, que compreende a caridade segundo Jesus, se antecipa ao infeliz sem esperar que lhe estenda a mão.

### 03 - PLANO DE APLICAÇÃO

| CIRURGIAS                                   | QUANTIDADE MENSAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL          |
|---------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------------|
| CIRURGIA ELETIVA ENDOMETRIOSE - ESTÁGIO I   | 1                 | R\$ 5.996,21   | R\$ 5.996,21          |
| CIRURGIA ELETIVA ENDOMETRIOSE - ESTÁGIO II  | 1                 | R\$ 8.007,81   | R\$ 8.007,81          |
| CIRURGIA ELETIVA ENDOMETRIOSE - ESTÁGIO III | 4                 | R\$ 15.393,51  | R\$ 76.967,55         |
| CIRURGIA ELETIVA ENDOMETRIOSE - ESTÁGIO IV  | 4                 | R\$ 21.867,53  | R\$ 109.337,65        |
| <b>TOTAL CIRURGIAS</b>                      | <b>10</b>         |                | <b>R\$ 163.048,18</b> |

| DIÁRIAS                                                  | QUANTIDADE MENSAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL         |
|----------------------------------------------------------|-------------------|----------------|----------------------|
| CIRURGIA ELETIVA ENDOMETRIOSE - ESTÁGIO I - 06 DIÁRIAS   | 6                 | R\$ 977,00     | R\$ 5.862,00         |
| CIRURGIA ELETIVA ENDOMETRIOSE - ESTÁGIO II - 06 DIÁRIAS  | 6                 | R\$ 977,00     | R\$ 5.862,00         |
| CIRURGIA ELETIVA ENDOMETRIOSE - ESTÁGIO III - 07 DIÁRIAS | 28                | R\$ 977,00     | R\$ 27.356,00        |
| CIRURGIA ELETIVA ENDOMETRIOSE - ESTÁGIO IV - 07 DIÁRIAS  | 28                | R\$ 977,00     | R\$ 27.356,00        |
| <b>TOTAL DIÁRIAS</b>                                     | <b>68</b>         |                | <b>R\$ 66.436,00</b> |

| OPME               | QUANTIDADE MENSAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL         |
|--------------------|-------------------|----------------|----------------------|
| PINÇA ULTRASSÔNICA | 10                | R\$ 2.000,00   | R\$ 20.000,00        |
| <b>TOTAL OPME</b>  | <b>10</b>         |                | <b>R\$ 20.000,00</b> |

|                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| <b>VALOR MENSAL</b> | <b>R\$ 249.484,18</b> |
|---------------------|-----------------------|

Esta tabela representa um quadro estimativo de valor global, ficando facultado ao hospital realizar qualquer cirurgia relacionada; sendo pago o valor unitário da cirurgia realizada com comprovação do monitoramento. Fica vedado ultrapassar o teto financeiro aqui previsto.

Os quantitativos podem variar de acordo com a demanda da Regulação da SESA, porém não podem ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.

### 04 – PRAZO DE EXECUÇÃO

O serviço será prestado no período de Agosto/2024 a Outubro/2024, podendo ser prorrogado, conforme demanda da Regulação da SESA.





**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**  
**Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional**

**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS  
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

**Nome: HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS**  
**CNPJ: 27.192.590/0001-58**

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. constam nos sistemas da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN) débitos inscritos em Dívida Ativa da União (DAU) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 do CTN, ou garantidos mediante bens ou direitos, ou com embargos da Fazenda Pública em processos de execução fiscal, ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal.

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.  
Emitida às 10:52:12 do dia 04/06/2024 <hora e data de Brasília>.  
Válida até 01/12/2024.

Código de controle da certidão: **C99D.447B.0899.648B**  
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

[Voltar](#)[Imprimir](#)

## **Certificado de Regularidade do FGTS - CRF**

**Inscrição:** 27.192.590/0001-58  
**Razão Social:** HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS  
**Endereço:** RUA CEL GUARDIA 100 / SUMARE / CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM / ES / 29300-070

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

**Validade:** 16/07/2024 a 14/08/2024

**Certificação Número:** 2024071618210282401357

Informação obtida em 18/07/2024 08:45:37

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:  
**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO

## **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS**

Nome: HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS (MATRIZ E FILIAIS)

CNPJ: 27.192.590/0001-58

Certidão nº: 49448100/2024

Expedição: 16/07/2024, às 09:25:39

Validade: 12/01/2025 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **27.192.590/0001-58**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE**

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA

Certidão Negativa de Débitos para com a Fazenda Pública Estadual - MOD. 2

Certidão Nº 20240000704853

Identificação do Requerente: CNPJ Nº 27.192.590/0001-58

Certificamos que, até a presente data, não existe débito contra o portador do Cadastro de Pessoa Jurídica acima especificado, ficando ressalvada à Fazenda Pública Estadual o direito de cobrar quaisquer dívidas que venham a ser apuradas.

Certidão emitida via Sistema Eletrônico de Processamento de Dados, nos termos do Regulamento do ICMS/ES, aprovado pelo Decreto nº 1.090-R, de 25 de outubro de 2002.

Certidão emitida em **04/06/2024**, válida até **02/09/2024**.

A autenticidade deste documento poderá ser confirmada via internet por meio do endereço **www.sefaz.es.gov.br** ou em qualquer Agência da Receita Estadual.

Vitória, 04/06/2024.

Autenticação eletrônica: **0014.5B3A.BDC0.99D0**





Governo do Estado do Espírito Santo  
Secretaria de Estado da Fazenda

Certidão Negativa de Inadimplência de Convênios e Instrumentos Congêneres no Sistema Integrado de Gestão das Finanças Públicas do Espírito Santo - SIGEFES

Certidão Nº: **C202404907**

Identificação do Requerente: CNPJ nº: 27192590000158 - HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS

Certificamos que nesta data, não existe registro de inadimplência no SIGEFES com relação a convênios e instrumentos congêneres firmados com o Estado do Espírito Santo contra a pessoa jurídica inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica acima especificado, ficando ressalvada à Administração Pública Estadual o direito de registrar no referido sistema quaisquer faltas que venham a ser apuradas.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, no endereço <http://www.sefaz.es.gov.br>.

Certidão emitida nos termos da Portaria SEFAZ nº 10-R, de 26 de maio de 2017, em consulta realizada ao SIGEFES no dia 03/07/2024 às 10:36 h.

Validade: 03/07/2024 a 01/09/2024 .

Vitória-ES, 03 de julho de 2024 .

Autenticação Eletrônica: 18A8.3AC3F.09527

Imprimir



**Prefeitura Municipal de Cachoeiro de Itapemirim  
Estado do Espírito Santo**

**Secretaria Municipal de Fazenda**

**Certidão Negativa de Débitos Nº 36497/2024**

**Nome: HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS**  
**CNPJ: 27.192.590/0001-58**

Ressalvado o direito da Prefeitura Municipal de Cachoeiro de Itapemirim-ES cobrar a qualquer tempo dívidas de sua responsabilidade que venham a ser apuradas, certificamos que até a presente data não constam débitos registrados no CNPJ acima indicado.

Certidão emitida às 10:43:08 do dia 04/06/2024 (hora e data de Brasília), via sistema eletrônico de processamento de dados, em conformidade com o disposto no artigo 151 da Lei Municipal Nº 5.394 de 27 de dezembro de 2002.

**Certidão válida até 03/08/2024.**

A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada via internet através da página: <https://prefeitura.cachoeiro.es.gov.br/fazenda/cnd>

Certidão emitida gratuitamente.

Chave de validação: **949391a1**

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 26/04/2024

CNES: 2485729Nome Fantasia: HIFA HOSPITAL MATERNO INFANTIL FRANCISCO DE ASSISCNPJ: 27.192.590/0001-58

Nome Empresarial: HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSISNatureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

Logradouro: RUA CORONEL GUARDIANúmero: 100Complemento: PREDIO

Bairro: CENTROMunicípio: 320120 - CACHOEIRO DEUF: ES

CEP: 29300-070Telefone: (28)2101-5656Dependência: INDIVIDUALReg de Saúde: 002

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERALSubtipo: --Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ALINE VIEIRA SCHARRA

Cadastrado em: 17/12/2003Atualização na base local: 14/08/2023Última atualização Nacional: 20/04/2024

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

| Atividade ensino/pesquisa  | Código/natureza jurídica  |
|----------------------------|---------------------------|
| UNIDADE AUXILIAR DE ENSINO | 3999 - ASSOCIACAO PRIVADA |

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

| Atividade    | Nível de atenção   | Gestão   |
|--------------|--------------------|----------|
| AMBULATORIAL | MEDIA COMPLEXIDADE | ESTADUAL |

| Atividade    | Nível de atenção   | Gestão   |
|--------------|--------------------|----------|
| AMBULATORIAL | ALTA COMPLEXIDADE  | ESTADUAL |
| HOSPITALAR   | MEDIA COMPLEXIDADE | ESTADUAL |
| HOSPITALAR   | ALTA COMPLEXIDADE  | ESTADUAL |

Endereço Complementar

ENDERECO COMPLEMENTAR 2

|                  |                         |          |          |             |  |               |      |
|------------------|-------------------------|----------|----------|-------------|--|---------------|------|
| Logradouro       |                         | Número   |          | Complemento |  | Bairro        |      |
| ESTRELA DO NORTE |                         | S/N      |          |             |  | SUMARE        |      |
| Uf               | Município               | Cep      | Telefone | E-mail      |  | Data Ativação | Data |
| ES               | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 29304507 |          |             |  | 08/07/2012    |      |

| Serviço | Classificação | Tipo    |
|---------|---------------|---------|
| 140     | 007           | PROPRIO |

ENDERECO COMPLEMENTAR 3

|                  |                         |          |             |                  |               |      |
|------------------|-------------------------|----------|-------------|------------------|---------------|------|
| Logradouro       |                         | Número   | Complemento | Bairro           |               |      |
| BOLIVAR DE ABREU |                         | 58       |             | AQUIDABAN        |               |      |
| Uf               | Município               | Cep      | Telefone    | E-mail           | Data Ativação | Data |
| ES               | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 29308162 | 21015646    | hifa@hifa.org.br | 01/03/2020    |      |

| Serviço | Classificação | Tipo    |
|---------|---------------|---------|
| 140     | 004           | PROPRIO |
| 140     | 005           | PROPRIO |

|     |     |         |
|-----|-----|---------|
| 140 | 006 | PROPRIO |
| 140 | 007 | PROPRIO |
| 140 | 008 | PROPRIO |
| 140 | 012 | PROPRIO |
| 140 | 016 | PROPRIO |
| 140 | 019 | PROPRIO |

ENDEREÇO COMPLEMENTAR 4

|                 |                         |          |          |             |  |               |      |
|-----------------|-------------------------|----------|----------|-------------|--|---------------|------|
| Logradouro      |                         | Número   |          | Complemento |  | Bairro        |      |
| CORONEL GUARDIA |                         | 83       |          |             |  | SUMARE        |      |
| Uf              | Município               | Cep      | Telefone | E-mail      |  | Data Ativação | Data |
| ES              | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 29304511 | 21015656 |             |  | 27/02/2012    |      |

|         |               |         |
|---------|---------------|---------|
| Serviço | Classificação | Tipo    |
| 142     | 002           | PROPRIO |

POLICLINICA GENTE

|                 |                         |          |          |             |  |               |      |
|-----------------|-------------------------|----------|----------|-------------|--|---------------|------|
| Logradouro      |                         | Número   |          | Complemento |  | Bairro        |      |
| PINHEIRO JUNIOR |                         | 39       |          |             |  | IBITIQUARA    |      |
| Uf              | Município               | Cep      | Telefone | E-mail      |  | Data Ativação | Data |
| ES              | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 29307201 | 35215704 | hifa@hifa   |  | 27/10/2022    |      |

|         |               |         |
|---------|---------------|---------|
| Serviço | Classificação | Tipo    |
| 121     | 001           | PROPRIO |

|     |     |         |
|-----|-----|---------|
| 135 | 010 | PROPRIO |
| 142 | 002 | PROPRIO |
| 145 | 001 | PROPRIO |
| 145 | 002 | PROPRIO |
| 145 | 003 | PROPRIO |
| 145 | 009 | PROPRIO |

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE

009 - INTERNACAO

|                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|
| Grupo > Atividade Secundária                                         |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO                   |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 013 - ASSISTENCIA OBSTETRICA E NEONATAL   |

Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

| Instalação                                                   | Qtde./Consultório | Leitos/Equipamentos |
|--------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|
| URGÊNCIA E EMERGÊNCIA                                        |                   |                     |
| CONSULTORIOS MEDICOS                                         | 2                 | 0                   |
| SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO               | 1                 | 0                   |
| SALA DE CURATIVO                                             | 1                 | 0                   |
| SALA PEQUENA CIRURGIA                                        | 1                 | 0                   |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA                         | 1                 | 5                   |
| SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO | 15                | 15                  |
| AMBULATORIAL                                                 |                   |                     |
| CLINICAS BASICAS                                             | 2                 | 0                   |
| CLINICAS ESPECIALIZADAS                                      | 1                 | 0                   |
| OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS                              | 2                 | 0                   |
| SALA DE CURATIVO                                             | 1                 | 0                   |
| SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)                                | 1                 | 0                   |
| SALA DE GESSO                                                | 1                 | 0                   |
| SALA DE NEBULIZACAO                                          | 1                 | 0                   |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - PEDIATRICA                         | 1                 | 4                   |
| HOSPITALAR                                                   |                   |                     |
| LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO                                | 41                | 41                  |
| SALA DE CIRURGIA                                             | 1                 | 1                   |

|                               |   |   |
|-------------------------------|---|---|
| SALA DE CIRURGIA              | 2 | 0 |
| SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL | 1 | 0 |
| SALA DE CURETAGEM             | 1 | 1 |
| SALA DE PARTO NORMAL          | 2 | 2 |
| SALA DE PRE-PARTO             | 1 | 1 |
| SALA DE RECUPERACAO           | 1 | 1 |

Serviços de

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

Serviços especializados

|        |         |                | Ambulatorial |         | Hospitalar |         |
|--------|---------|----------------|--------------|---------|------------|---------|
| Código | Serviço | Característica | SUS          | Não SUS | SUS        | Não SUS |

|     |                                                             |              |     |     |     |     |
|-----|-------------------------------------------------------------|--------------|-----|-----|-----|-----|
| 107 | ATENCAO A SAUDE AUDITIVA                                    | PROPRIO      | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 107 | ATENCAO A SAUDE AUDITIVA                                    | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 165 | ATENCAO AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL          | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 169 | ATENCAO EM UROLOGIA                                         | PROPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | NÃO |
| 170 | COMISSOES E COMITES                                         | PROPRIO      | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 135 | REABILITACAO                                                | PROPRIO      | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| 135 | REABILITACAO                                                | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 110 | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA                      | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 112 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO         | PROPRIO      | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 112 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO         | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 116 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA             | PROPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | NÃO |
| 105 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA            | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 114 | SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL                           | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 115 | SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL                             | PROPRIO      | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 163 | SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS                          | PROPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | PROPRIO      | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | TERCEIRIZADO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 120 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                           | PROPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | SIM |

|     |                                                       |              |     |     |     |     |
|-----|-------------------------------------------------------|--------------|-----|-----|-----|-----|
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     | PROPRIO      | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     | PROPRIO      | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     | TERCEIRIZADO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     | TERCEIRIZADO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     | TERCEIRIZADO | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     | TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 122 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 122 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | TERCEIRIZADO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 142 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                 | PROPRIO      | 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 |
| 128 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                                | TERCEIRIZADO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 128 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                                | TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 131 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                               | TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 136 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL                        | PROPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 162 | SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA                          | PROPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 155 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA                  | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |

|     |                                  |         |     |     |     |     |
|-----|----------------------------------|---------|-----|-----|-----|-----|
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | PROPRIO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | PROPRIO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | PROPRIO | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | PROPRIO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 146 | SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA     | PROPRIO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 149 | TRANSPLANTE                      | PROPRIO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |

Comissões e

| Descrição                       |
|---------------------------------|
| ETICA DE ENFERMAGEM             |
| CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR |
| CIPA                            |
| ANALISE DE OBITOS E BIOPISIAS   |
| ETICA MEDICA                    |
| FARMACIA E TERAPEUTICA          |
| REVISAO DE PRONTUARIOS          |
| NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE |

Serviços e Classificação

| Código    | Serviço                 | Classificação                                               | Terceiro | CNES          |
|-----------|-------------------------|-------------------------------------------------------------|----------|---------------|
| 149 - 015 | TRANSPLANTE             | ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS            | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 126 - 004 | SERVICO DE FISIOTERAPIA | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 126 - 001 | SERVICO DE FISIOTERAPIA | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON | 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 | REABILITACAO                                        | ATENCAO FONOAUDIOLOGICA                                      | NÃO | NAO INFORMADO |
| 165 - 001 | ATENCAO AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL  | ATENCAO INTEGRAL AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 005 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                    | ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) | NÃO | NAO INFORMADO |
| 115 - 002 | SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL                     | ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL                                     | NÃO | NAO INFORMADO |
| 112 - 005 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | CENTRO DE PARTO NORMAL                                       | NÃO | NAO INFORMADO |
| 114 - 006 | SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL                   | CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL                                    | NÃO | NAO INFORMADO |
| 116 - 002 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA     | CIRURGIA CARDIOVASCULAR (ADULTO)                             | NÃO | NAO INFORMADO |
| 116 - 004 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA     | CIRURGIA VASCULAR                                            | NÃO | NAO INFORMADO |
| 146 - 002 | SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA                        | CIRURGICA                                                    | NÃO | NAO INFORMADO |
| 110 - 002 | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA              | CONTRACEPCAO CLINICA                                         | NÃO | NAO INFORMADO |
| 126 - 008 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                             | DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL                               | NÃO | NAO INFORMADO |
| 107 - 004 | ATENCAO A SAUDE AUDITIVA                            | DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA                           | NÃO | NAO INFORMADO |
| 128 - 002 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                              | DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA                                   | SIM | 2485680       |
| 131 - 001 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                             | DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA                                  | SIM | 3092011       |
| 142 - 001 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                               | DO APARELHO DIGESTIVO                                        | NÃO | NAO INFORMADO |
| 142 - 004 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                               | DO APARELHO GINECOLOGICO                                     | NÃO | NAO INFORMADO |
| 142 - 002 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                               | DO APARELHO RESPIRATORIO                                     | SIM | 2547821       |
| 142 - 002 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                               | DO APARELHO RESPIRATORIO                                     | NÃO | NAO INFORMADO |
| 142 - 003 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                               | DO APARELHO URINARIO                                         | NÃO | NAO INFORMADO |

|           |                                                             |                                                              |     |               |
|-----------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----|---------------|
| 136 - 002 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL                              | ENTERAL PARENTERAL                                           | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 004 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                            | ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ | NÃO | NAO INFORMADO |
| 122 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS       | EXAME ELETROCARDIOGRAFICO                                    | SIM | 5125243       |
| 122 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS       | EXAME ELETROCARDIOGRAFICO                                    | NÃO | NAO INFORMADO |
| 122 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS       | EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO                                  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 120 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS                                    | SIM | 2695014       |
| 145 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES BIOQUIMICOS                                           | NÃO | NAO INFORMADO |
| 120 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES CITOPATOLOGICOS                                       | SIM | 2695014       |
| 145 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES COPROLOGICOS                                          | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 011 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES DE GENETICA                                           | SIM | 2695014       |
| 145 - 005 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES DE UROANALISE                                         | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 010 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS                         | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA                            | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 006 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES HORMONAI                                              | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 013 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS                                    | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 009 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES MICROBIOLOGICOS                                       | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 012 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL                                 | SIM | 2695014       |
| 145 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS                            | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 008 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA         | NÃO | NAO INFORMADO |
| 125 - 006 | SERVICO DE FARMACIA                                         | FARMACIA HOSPITALAR                                          | NÃO | NAO INFORMADO |
| 110 - 003 | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA                      | LAQUEADURA                                                   | NÃO | NAO INFORMADO |

|           |                                                     |                                                        |     |               |
|-----------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----|---------------|
| 128 - 004 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                              | MEDICINA TRANSFUSIONAL                                 | SIM | 2485680       |
| 128 - 004 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                              | MEDICINA TRANSFUSIONAL                                 | NÃO | NAO INFORMADO |
| 162 - 002 | SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA                        | NEONATAL                                               | NÃO | NAO INFORMADO |
| 163 - 001 | SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS                  | NEONATAL CONVENCIONAL                                  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 105 - 001 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA    | NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO | NÃO | NAO INFORMADO |
| 170 - 001 | COMISSOES E COMITES                                 | NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE                        | NÃO | NAO INFORMADO |
| 112 - 003 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL                    | NÃO | NAO INFORMADO |
| 163 - 003 | SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS                  | PEDIATRICO                                             | NÃO | NAO INFORMADO |
| 162 - 003 | SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA                        | PEDIATRICO                                             | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 006 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                    | PRONTO ATENDIMENTO CLINICO                             | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 008 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                    | PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO                          | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 007 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                    | PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRICO                          | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 019 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                    | PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO                           | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 012 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                    | PRONTO SOCORRO PEDIATRICO                              | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 016 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                    | PRONTO SOCORRO TRAUMATO ORTOPEDICO                     | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                   | RADIOLOGIA                                             | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 006 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                   | RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA                            | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                   | RESSONANCIA MAGNETICA                                  | SIM | 3886506       |
| 155 - 001 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA                | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA                   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 155 - 003 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA                | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGENCIA       | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                   | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA                             | SIM | 9584498       |

|           |                                   |                            |     |               |
|-----------|-----------------------------------|----------------------------|-----|---------------|
| 121 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | NÃO | NAO INFORMADO |
| 107 - 006 | ATENCAO A SAUDE AUDITIVA          | TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | ULTRASONOGRAFIA            | SIM | 2485680       |
| 121 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | ULTRASONOGRAFIA            | SIM | 6794262       |
| 121 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | ULTRASONOGRAFIA            | NÃO | NAO INFORMADO |
| 169 - 001 | ATENCAO EM UROLOGIA               | UROLOGIA GERAL             | NÃO | NAO INFORMADO |

Outros

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

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

| Equipamento                            | Existente | Em uso | SUS |
|----------------------------------------|-----------|--------|-----|
| EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA             |           |        |     |
| IMITANCIOMETRO                         | 2         | 2      | SIM |
| EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM |           |        |     |
| Raio X ate 100 mA                      | 1         | 1      | SIM |
| Tomógrafo Computadorizado              | 1         | 1      | SIM |
| Ultrassom Convencional                 | 1         | 1      | SIM |

|                                               |     |     |     |
|-----------------------------------------------|-----|-----|-----|
| EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA               |     |     |     |
| AR CONDICIONADO                               | 30  | 30  | SIM |
| Grupo Gerador                                 | 1   | 1   | SIM |
| EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA                   |     |     |     |
| Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato | 1   | 1   | SIM |
| Caneta de Alta Rotacao                        | 1   | 1   | SIM |
| Equipo Odontologico                           | 1   | 1   | SIM |
| EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA          |     |     |     |
| Berço Aquecido                                | 24  | 20  | SIM |
| Bilirrubinometro                              | 5   | 5   | SIM |
| Bomba de Infusao                              | 321 | 291 | SIM |
| Desfibrilador                                 | 14  | 14  | SIM |
| Equipamento de Fototerapia                    | 9   | 5   | SIM |
| Incubadora                                    | 7   | 5   | SIM |
| MONITOR MULTIPARAMETRO                        | 3   | 3   | SIM |
| Marcapasso Temporario                         | 1   | 1   | SIM |
| Monitor de ECG                                | 85  | 76  | SIM |
| Monitor de Pressao Invasivo                   | 40  | 37  | SIM |
| Monitor de Pressao Nao-Invasivo               | 85  | 76  | SIM |
| Reanimador Pulmonar/AMBU                      | 109 | 91  | SIM |
| Respirador/Ventilador                         | 79  | 69  | SIM |

|                                   |   |   |     |
|-----------------------------------|---|---|-----|
| EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS |   |   |     |
| Eletrocardiografo                 | 6 | 6 | SIM |
| Eletroencefalografo               | 3 | 3 | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS  |   |   |     |
| Endoscopia Digestiva              | 1 | 1 | SIM |
| Endoscopia das Vias Respiratorias | 1 | 1 | SIM |
| Endoscopia das Vias Urinarias     | 1 | 1 | SIM |
| Laparoscopia/Vídeo                | 1 | 1 | SIM |
| Microscopia Cirurgica             | 1 | 1 | SIM |
| OUTROS EQUIPAMENTOS               |   |   |     |
| Equipamento para Hemodialise      | 1 | 1 | SIM |
| Resíduos/Rejeitos                 |   |   |     |
| Coleta Seletiva de Rejeito        |   |   |     |
| RESIDUOS BIOLOGICOS               |   |   |     |
| RESIDUOS QUIMICOS                 |   |   |     |
| RESIDUOS COMUNS                   |   |   |     |

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

NÚMERO DE SALAS - COLETA

| Recepção / cadastro | Triagem hematológica | Triagem clínica | Coleta | Aférese |
|---------------------|----------------------|-----------------|--------|---------|
|                     |                      |                 |        |         |

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 |
|-----------|---------------------|---------------------|------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
|           |                     |                     |            |                       |                    |                   |

NÚMERO DE SALAS - ATENDIMENTO

| Transusão | Seguimento do doador |
|-----------|----------------------|
| 1         | null                 |

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

| Serviço de referência e manutenção |              |      |           |
|------------------------------------|--------------|------|-----------|
| Serviço                            | Razão Social | CNPJ | Município |

| Formalização                      |             |
|-----------------------------------|-------------|
| Médico hemoterapeuta responsável  | CPF         |
| GRAZIELLE SILVA FERREIRA GRILLO   | 08683187799 |
| Médico hematologista responsável  | CPF         |
| Não informado                     |             |
| Responsável técnico / sorologista | CPF         |
| Não informado                     |             |
| Médico capacitado responsável     | CPF         |
| Não informado                     |             |

Hospitalar - Leitos

| Descrição    | Leitos Existentes | Leitos SUS |
|--------------|-------------------|------------|
| COMPLEMENTAR |                   |            |

| Descrição                                                | Leitos Existentes | Leitos SUS |
|----------------------------------------------------------|-------------------|------------|
| UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU      | 10                | 10         |
| UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL | 20                | 15         |
| UTI ADULTO - TIPO II                                     | 40                | 40         |
| UTI NEONATAL - TIPO II                                   | 20                | 5          |
| UTI PEDIATRICA - TIPO II                                 | 28                | 18         |
| ESPEC - CIRURGICO                                        |                   |            |
| CIRURGIA GERAL                                           | 20                | 20         |
| ESPEC - CLINICO                                          |                   |            |
| CLINICA GERAL                                            | 40                | 40         |
| OBSTETRICO                                               |                   |            |
| OBSTETRICA CIRURGICA                                     | 21                | 21         |
| OBSTETRICA CLINICA                                       | 20                | 20         |
| PEDIATRICO                                               |                   |            |
| PEDIATRIA CIRURGICA                                      | 12                | 12         |
| PEDIATRIA CLINICA                                        | 50                | 50         |

Habilitações

| Código | Descrição                                                           | Origem   | Competência Inicial | Competência Final | Portaria    | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|---------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|-------------------|-------------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
| 2301   | UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL* | NACIONAL | 12/2016             | 99/9999           | PT SAS 2638 | 29/12/2016    |            | 21/06/2017         | 21/06/2017          |
| 2304   | ENTERAL E PARENTERAL                                                | NACIONAL | 12/2016             | 99/9999           | PT SAS 2638 | 29/12/2016    |            | 21/06/2017         | 21/06/2017          |

| Código | Descrição                                                         | Origem   | Competência Inicial | Competência Final | Portaria     | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|-------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|-------------------|--------------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
| 2601   | UTI II ADULTO                                                     | NACIONAL | 10/2022             | 99/9999           | RP 468/GM/MS | 14/04/2023    | 40         | 13/06/2023         | 05/10/2022          |
| 2603   | UTI II PEDIATRICA                                                 | NACIONAL | 11/2003             | 99/9999           | PT GM 1897   | 29/07/2020    | 18         | 30/07/2020         |                     |
| 2610   | UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II - UTIN II           | NACIONAL | 03/2014             | 99/9999           | SAS 146      | 05/03/2014    | 5          | 31/03/2014         | 31/03/2014          |
| 2802   | UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCO) | NACIONAL | 12/2022             | 99/9999           | 4455/GM/MS   | 21/12/2022    | 15         | 22/12/2022         | 22/12/2022          |
| 2803   | UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU (UCINCA)      | NACIONAL | 12/2022             | 99/9999           | 4409/GM/MS   | 20/12/2022    | 10         | 21/12/2022         | 21/12/2022          |

Incentivos

| Código | Descrição                                 | Competência Inicial | Competência Final | Portaria   | Data Portaria | Leitos SUS | Data da Atualização |
|--------|-------------------------------------------|---------------------|-------------------|------------|---------------|------------|---------------------|
| 8273   | UTI ADULTO RUE TIPO II - NOVOS            | 12/2023             | 99/9999           | 2621/GM/MS | 21/12/2023    | 40         | 18/03/2024          |
| 8276   | UTI PEDIATRICO RUE TIPO II - QUALIFICADOS | 06/2016             | 99/9999           | 2621/GM/MS | 21/12/2023    | 13         | 10/06/2021          |

Data desativação: --                      Motivo desativação: --

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

**WINSTON ROBERTO SOARES VIEIRA MACHADO**

CIDADÃO

assinado em 31/07/2024 13:14:29 -03:00

**ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**

SUBSECRETARIO ESTADO

SSEC - SESA - GOVES

assinado em 31/07/2024 13:28:30 -03:00



**INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO**

Documento capturado em 31/07/2024 13:28:30 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)  
por MARCELO GONCALVES COELHO (ENFERMEIRO - DT - NECORC - SESA - GOVES)  
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-2ZKKQS>