



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 001/2022

PROCESSO E -DOCS Nº: 2022-VW65Q

44º 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, representado neste ato pelo Subsecretário de Estado de Contratação em Saúde, **HEBER DE SOUZA LAUAR**, Servidor Público, nº Funcional 3553167, nomeado pelo Decreto nº 178-S de 03/02/2025 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**, inscrito no CPF sob o nº. ***.111.***-**, resolvem celebrar o presente Termo Aditivo ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO para execução de ações e serviços de saúde, tendo em vista o disposto na Constituição da República Federativa de 1988, na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, o art. 116 da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, Portaria MS/GM nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013 e Portarias de Consolidação nº 1, nº 2, nº 3 e nº



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

5, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria Estadual 076-R, de 19 de maio de 2022, bem como Portaria 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 12.485, de 21 de Julho de 2025; LOA nº 12.718, de 29 de dezembro de 2025 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 tem por objeto:

(a) Incorporação de recurso financeiro referente à **Portaria GM/MS Nº 9.760 de 26 de Dezembro de 2025**, que estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, visando fortalecimento do Programa Agora tem Especialistas – Parcela 1/2, (b) Ampliação de serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS), (c) Prorrogação do período de vigência de **01/08/2026 à 31/08/2026**, (d) Acréscimo financeiro no valor de **R\$ 10.927.710,92** (dez milhões e novecentos e vinte e sete mil e setecentos e dez reais e noventa e dois centavos), referente aos objetos (a), (b) e (c), 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:

6.1 - O valor total do presente **Convênio de Contratualização** passa a ser de **R\$ 590.120.669,76** (quinhentos e noventa milhões e cento e vinte mil e seiscentos e sessenta e nove reais e setenta e seis 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).



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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 três centavos).

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

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).



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 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 foi 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 foi 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).
- 6.1.19** - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **18º Termo Aditivo foi de R\$ 2.238.514,30** (dois milhões, duzentos e trinta e oito mil, quinhentos e quatorze reais e trinta centavos).
- 6.1.20** - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **19º Termo Aditivo foi de R\$ 752.309,30** (setecentos e cinquenta e dois mil e trezentos e nove reais e trinta centavos).
- 6.1.21** - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **20º Termo Aditivo foi de R\$ 11.527.598,68** (onze milhões e quinhentos e vinte e sete mil e quinhentos e noventa e oito reais e sessenta e oito centavos).
- 6.1.22** - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **21º Termo Aditivo foi de R\$ 62.726.914,02** (sessenta e dois milhões e setecentos e vinte e seis mil e novecentos e quatorze reais e dois centavos).
- 6.1.23** - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **22º Termo Aditivo foi de R\$ 1.633.408,06** (um milhão e seiscentos e trinta e três mil e quatrocentos e oito reais e seis centavos).
- 6.1.24** - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **23º Termo Aditivo foi de R\$ 1.560.696,81** (um milhão, quinhentos e sessenta mil, seiscentos e noventa e seis reais e oitenta e um centavos).
- 6.1.25** - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **24º Termo Aditivo foi de R\$ 12.721.284,05** (doze milhões, setecentos e vinte e um mil, duzentos e oitenta e quatro reais e cinco centavos).



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

6.1.26 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **25º Termo Aditivo** foi de **R\$ 740.725,14** (setecentos e quarenta mil, setecentos e vinte e cinco reais e quatorze centavos).

6.1.27 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **26º Termo Aditivo** foi de **R\$ 21.453.519,28** (vinte e um milhões, quatrocentos e cinquenta e três mil, quinhentos e dezenove reais e vinte e oito centavos).

6.1.28 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **27º Termo Aditivo** foi de **R\$ 770.771,04** (setecentos e setenta mil, setecentos e setenta e um reais e quatro centavos).

6.1.29 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **28º Termo Aditivo** foi de **R\$ 768.002,76** (setecentos e sessenta e oito mil, dois reais e setenta e seis centavos).

6.1.30 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **29º Termo Aditivo** foi de **R\$ 20.672.717,18** (vinte milhões, seiscentos e setenta e dois mil, setecentos e dezessete reais e dezoito centavos).

6.1.31 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **30º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.488.115,46** (um milhão, quatrocentos e oitenta e oito mil, cento e quinze reais e quarenta e seis centavos).

6.1.32 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **31º Termo Aditivo** foi de **R\$ 11.123.546,55** (onze milhões, cento e vinte e três mil, quinhentos e quarenta e seis reais e cinquenta e cinco centavos).

6.1.33 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **32º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.963.070,06** (um milhão, novecentos e sessenta e três mil, setenta reais e seis centavos).

6.1.34 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **33º Termo Aditivo** foi de **R\$ 13.809.546,38** (treze milhões, oitocentos e nove mil, quinhentos e quarenta e seis reais e trinta e oito centavos).

6.1.35 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **34º Termo Aditivo** foi de **R\$ 73.136.074,90** (setenta e três milhões, cento e trinta e seis mil, setenta e quatro reais e noventa centavos).

6.1.36 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **35º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.542.092,01** (um milhão, quinhentos e quarenta e dois mil, noventa e dois reais e um centavo).

6.1.37 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **36º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.936.349,87** (um milhão, novecentos e trinta e seis mil, trezentos e quarenta e nove reais e oitenta e sete centavos).



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

6.1.38 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **37º Termo Aditivo** foi de **R\$ 720.288,20** (setecentos e vinte mil, duzentos e oitenta e oito reais e vinte centavos).

6.1.39 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **38º Termo Aditivo** foi de **R\$ 15.400,739,00** (quinze milhões e quatrocentos mil e setecentos e trinta e nove reais).

6.1.40 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **39º Termo Aditivo** foi de **R\$ 732.802,16** (setecentos e trinta e dois mil e oitocentos e dois reais e dezesseis centavos).

6.1.41 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **40º Termo Aditivo** foi de **R\$ 734.161,88** (setecentos e trinta e quatro mil e cento e sessenta e um reais e oitenta e oito centavos).

6.1.42 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **41º Termo Aditivo** foi de **R\$ 993.479,84** (novecentos e noventa e três mil e quatrocentos e setenta e nove reais e oitenta e quatro centavos).

6.1.42 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **42º Termo Aditivo** foi de **R\$ 10.588.562,69** (dez milhões e quinhentos e oitenta e oito mil e quinhentos e sessenta e dois reais e sessenta e nove centavos).

6.1.43 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **43º Termo Aditivo** foi de **R\$ 11.343.595,61** (onze milhões e trezentos e quarenta e três mil e quinhentos e noventa e cinco reais e sessenta e um centavos).

6.1.44 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **44º Termo Aditivo** será de **R\$ 10.927.710,92** (dez milhões e novecentos e vinte e sete mil e setecentos e dez reais e noventa e dois centavos).

6.2 - O detalhamento do repasse a partir do **44º termo aditivo** se dará da seguinte forma:

6.2.1 - Para a execução do convênio de contratualização, a **CONVENENTE** receberá recursos financeiros de **R\$ 10.927.710,92** (dez milhões e novecentos e vinte e sete mil e setecentos e dez reais e noventa e dois centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.

6.2.2 - A parcela pré-fixada importa em **R\$ 9.964.032,75** (nove milhões e novecentos e sessenta e quatro mil e trinta e dois reais e setenta e cinco centavos), e será transferida à **CONVENENTE**



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

conforme Quadro de Detalhamento anexo 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\$ 7.279.235,62** (sete milhões e duzentos e setenta e nove mil e duzentos e trinta e cinco reais e sessenta e dois centavos), é fixo e repassado mensalmente.

6.2.4 - Trinta por cento (30%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 2.684.797,13** (dois milhões e seiscentos e oitenta e quatro mil e setecentos e noventa e sete reais e treze centavos), é variável e vinculado ao cumprimento das metas de desempenho discriminadas no Documento Descritivo – DODE, com monitoramento e avaliação quadrimestral.

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

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

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

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

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

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

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

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

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS - Perfil: ESTRATÉGICO				
RESUMO ORÇAMENTO - 44º Termo Aditivo - JULHO/2026 À AGOSTO/2026				
COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL				
COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO 70%	MENSAL	JULHO/2026	AGOSTO/2026	TOTAL
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 4.247.362,64	R\$ 4.247.362,64	R\$ 4.247.362,64	R\$ 4.247.362,64
LEITOS - Sala Vermelha - Pronto Socorro - Recurso Estadual	R\$ 1.011.608,64	R\$ 1.011.608,64	R\$ 1.011.608,64	R\$ 1.011.608,64



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 1.005.555,35	R\$ 1.005.555,35	R\$ 1.005.555,35	R\$ 1.005.555,35
IAC - Incentivo a contratualização - Recurso Federal	R\$ 201.745,74	R\$ 201.745,74	R\$ 201.745,74	R\$ 201.745,74
Incentivo Integrasus - Recurso Federal	R\$ 3.410,81	R\$ 3.410,81	R\$ 3.410,81	R\$ 3.410,81
Rede de Atenção de Urgência e Emergência - UTI - Recurso Federal	R\$ 17.590,08	R\$ 17.590,08	R\$ 17.590,08	R\$ 17.590,08
Rede Cegonha - UTIN - Recurso Federal	R\$ 43.975,20	R\$ 43.975,20	R\$ 43.975,20	R\$ 43.975,20
Incentivo Federal - Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Espírito Santo - Portaria GM/MS de 21/12/2023 - Recurso Federal	R\$ 448.547,04	R\$ 448.547,04	R\$ 448.547,04	R\$ 448.547,04
Portaria GM/MS Nº 11.686, de 23 de Junho de 2026 – Parcela de Junho/2026 do Piso de Enfermagem - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 755.032,92	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Portaria GM/MS Nº 9.760 de 26 de Dezembro de 2025 - Recursos proporcionais à produção assistencial – Parcela 1/2 - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 299.440,12	R\$ 0,00	R\$ 299.440,12
SUBTOTAL - RECURSO ESTADUAL	R\$ 5.258.971,28	R\$ 5.258.971,28	R\$ 5.258.971,28	R\$ 5.258.971,28
SUBTOTAL - RECURSO FEDERAL	R\$ 1.720.824,22	R\$ 2.775.297,26	R\$ 1.720.824,22	R\$ 2.020.264,34
TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 6.979.795,50	R\$ 8.034.268,54	R\$ 6.979.795,50	R\$ 7.279.235,62
COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO 30%	MENSAL	JULHO/2026	AGOSTO/2026	TOTAL
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 1.820.298,28	R\$ 1.820.298,28	R\$ 1.820.298,28	R\$ 1.820.298,28
LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- Recurso Estadual	R\$ 433.546,56	R\$ 433.546,56	R\$ 433.546,56	R\$ 433.546,56
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 430.952,29	R\$ 430.952,29	R\$ 430.952,29	R\$ 430.952,29
SUBTOTAL - RECURSO ESTADUAL	R\$ 2.253.844,84	R\$ 2.253.844,84	R\$ 2.253.844,84	R\$ 2.253.844,84
SUBTOTAL - RECURSO FEDERAL	R\$ 430.952,29	R\$ 430.952,29	R\$ 430.952,29	R\$ 430.952,29
TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 2.684.797,13	R\$ 2.684.797,13	R\$ 2.684.797,13	R\$ 2.684.797,13
TOTAL PRÉ - FIXADO - ESTADUAL	R\$ 7.512.816,12	R\$ 7.512.816,12	R\$ 7.512.816,12	R\$ 7.512.816,12
TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL	R\$ 2.151.776,51	R\$ 3.206.249,55	R\$ 2.151.776,51	R\$ 2.451.216,63
TOTAL PRÉ - FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 9.664.592,63	R\$ 10.719.065,67	R\$ 9.664.592,63	R\$ 9.964.032,75
COMPONENTE PÓS - FIXADO	MENSAL	JULHO/2026	AGOSTO/2026	TOTAL



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Recurso Federal	R\$ 196.921,06	R\$ 196.921,06	R\$ 196.921,06	R\$ 196.921,06
Consultas - Recurso Estadual (Portaria 166-R/2019)	R\$ 41.200,00	R\$ 41.200,00	R\$ 41.200,00	R\$ 41.200,00
Exames - Recurso Estadual (Portaria 015-R/2020)	R\$ 18.344,70	R\$ 18.344,70	R\$ 18.344,70	R\$ 18.344,70
Cirurgias de Endometriose - Portaria GM/MS nº 544, de 3 de maio de 2023 - Recurso Federal	R\$ 249.484,18	R\$ 249.484,18	R\$ 249.484,18	R\$ 249.484,18
OPME - padronizada - Recurso Federal	R\$ 44.334,00	R\$ 44.334,00	R\$ 44.334,00	R\$ 44.334,00
OPME's Não padronizadas na tabela SUS - PORTARIA 079-R, 21/07/2025 -Recurso Estadual	R\$ 121.482,02	R\$ 121.482,02	R\$ 121.482,02	R\$ 121.482,02
Procedimentos de Hemodiálise (TRS) - Recurso Estadual	R\$ 291.912,21	R\$ 252.204,10	R\$ 291.912,21	R\$ 291.912,21
TOTAL PÓS - FIXADO ESTADUAL	R\$ 472.938,93	R\$ 433.230,82	R\$ 472.938,93	R\$ 472.938,93
TOTAL PÓS - FIXADO FEDERAL	R\$ 490.739,24	R\$ 490.739,24	R\$ 490.739,24	R\$ 490.739,24
TOTAL PÓS - FIXADO FEDERAL + ESTADUAL	R\$ 963.678,17	R\$ 923.970,06	R\$ 963.678,17	R\$ 963.678,17
TOTAL ESTADUAL	R\$ 7.985.755,05	R\$ 7.946.046,94	R\$ 7.985.755,05	R\$ 7.985.755,05
TOTAL FEDERAL	R\$ 2.642.515,75	R\$ 3.696.988,79	R\$ 2.642.515,75	R\$ 2.941.955,87
TOTAL DO CONVÊNIO	R\$ 10.628.270,80	R\$ 11.643.035,73	R\$ 10.628.270,80	R\$ 10.927.710,92
TOTAL DO ADITIVO				R\$ 10.927.710,92

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, para os devidos efeitos legais.

CLÁUSULA QUARTA – DO FORO

4.1 - Fica eleito o foro do Juízo de Vitória - Comarca da capital do Estado do Espírito Santo, com renúncia expressa a outros, por mais privilegiados que forem, para dirimir dúvidas decorrentes do presente instrumento, que não puderem ser resolvidas administrativamente;



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

4.2 - Antes de qualquer providência jurisdicional visando solucionar dúvida quanto à interpretação do presente instrumento, deverão os partícipes buscar solução administrativa, com a participação da Procuradoria Geral do Estado, por intermédio de um ou mais meios de solução consensual de conflitos previstos na Lei Complementar Estadual nº 1.011/2022.

Vitória/ES, Julho de 2026.

CONCEDENTE:

HEBER DE SOUZA LAUAR

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde – SESA/SSEC

CONVENENTE:

WINSTON ROBERTO SOARES VIEIRA MACHADO

Presidente do Hospital Infantil Francisco de Assis



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 **44º 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 **44º 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 e/ou 3.3.50.92.00
- 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 e/ou 1501000000 e/ou 2600312000 e/ou 1634000018 e/ou 2600000000 e/ou 1600000005.

Vitória/ES, Julho de 2026.

HEBER DE SOUZA LAUAR
Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde

ANEXO

DOCUMENTO DESCRITIVO – DODE

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS

HIFA CACHOEIRO

CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 001/2022 - 44º TERMO ADITIVO

PROCESSO E-DOCS: 2022-7W65Q

PERÍODO DE VIGÊNCIA: 07/2026 À 08/2026

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

Conveniente			CNPJ	
HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS - HIFA			27.192.590/0001-58	
Endereço		Município	UF	CEP
RUA CORONEL GUARDIA, 100 - SUMARÉ		CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	ES	29300-070
Macrorregião	Microrregião	SRS	CNES	
SUL	CACHOEIRO	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	2485729	
Telefone	Fax	E-mail		
(28)2101-5646	(28)2101-5656	gerenciadeprojetos@hifa.org.br		
Nome do Responsável				
WINSTON ROBERTO SOARES VIEIRA MACHADO				
CPF	Função	Período de vigência		
.111.-**	PRESIDENTE			
CI	Órgão expedidor	07/2026 à 08/2026		
113.***	SSP-ES			
Banco		Agência	Conta Corrente	Praça
BANESTES		0115	35.234.327	Cachoeiro de Itapemirim
BANCO P/ PISO DA ENF		Agência	Conta Corrente	Praça
BANESTES		681	3742959-4	Cachoeiro de Itapemirim
Missão				
Garantir uma assistência de qualidade, com segurança, humanização, resolutividade, conforto e tecnologia, inspirando a dignidade da saúde diante do Estado e da Sociedade				
Visão				
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.				
Valores				
Humanização; Segurança; Ética; Eficiência; Integridade; Aprendizado; Igualdade; Sustentabilidade;				
Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:				
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.				
Área de Abrangência: Região Sul de Saúde do Estado do Espírito Santo				

Tipo de Estabelecimento	(X) Geral	() Especializado
Natureza	() Público	(X) Filantrópico () Privado
Número de Leitos - CNES	Geral: 315	SUS: 302
Número de Leitos Complementar (UTI) - CNES	Geral:	SUS:
Tipo de Leitos de UTI SUS	(X) Adulto (X) Pediátrico (X) Neonatal () UCO () Isolamento	
Serviço de Urgência e Emergência	(X) Sim () Não 18 LEITOS SALA VERMELHA	(X) Porta Aberta – (X) Referenciado
Serviço de Maternidade	(X) Sim () Não	Se sim, habilitado-GAR () Sim (X) Não
Habilitação em Alta Complexidade	() Sim (X) Não	Quais:
Inserção nas Redes de Atenção à Saúde	(X) Sim () Não	Se sim, quais: Rede RUE Pediatria, Maternidade Risco Habitual e Maternidade de Alto Risco.
Classificação do Porte Hospitalar	() Estruturante (X) Estratégico () Apoio e/ou Maternidade () Apoio – Potencial Cirurgias Eletivas	

III – CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES

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

IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este Documento Descritivo foi elaborado com o objetivo de formalizar a parceria para realização de serviços, ações e atividades de saúde no âmbito da Portaria MS 3410/2013 em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS/ES e, a Política Estadual de Contratualização definida pela Portaria Estadual 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 municípios que integram região de saúde, na qual o Hospital está inserido.

8.1 – Internação (Âmbito Hospitalar)

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

TIPO DE 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
TOTAL	243

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:

TIPO DE LEITO	Nº leitos
Clínica Obstétrica – Maternidade Alto Risco	28
Clínica Obstétrica – Maternidade de Risco Habitual	13
TOTAL	41

8.2 - Atendimento à Urgências

8.2.1 Sala Vermelha

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

TIPO DE LEITO	Nº leitos
U/E Sala Vermelha	18

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

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS - HIFA CACHOEIRO							
RESUMO ORÇAMENTO - 44º Termo Aditivo – JULHO/2026 A AGOSTO/2026							
RECURSO ESTADUAL - PORTARIA 166-R/2024							
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 o - 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\$ 40,00	R\$ 1.600,00

CONSULTA EM CARDIOLOGIA PEDIATRIA	80	40	40	R\$ 10,00	R\$ 800,00	R\$ 40,00	R\$ 3.200,00
CONSULTA EM CIRURGIA GERAL ADULTO MEDIA COMPLEXIDADE	30	0	30	R\$ 10,00	R\$ 300,00	R\$ 40,00	R\$ 1.200,00
CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ADULTO	150	75	75	R\$ 10,00	R\$ 1.500,00	R\$ 40,00	R\$ 6.000,00
CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ALTA COMPLEXIDADE	10	0	10	R\$ 10,00	R\$ 100,00	R\$ 40,00	R\$ 400,00
CONSULTA EM CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA	150	105	45	R\$ 10,00	R\$ 1.500,00	R\$ 40,00	R\$ 6.000,00
CONSULTA EM CIRURGIA PEDIATRIA	120	120	0	R\$ 10,00	R\$ 1.200,00	R\$ 40,00	R\$ 4.800,00
CONSULTA EM CIRURGIA UROLOGIA ADULTO	200	130	70	R\$ 10,00	R\$ 2.000,00	R\$ 40,00	R\$ 8.000,00
CONSULTA CLÍNICA UROLOGIA ADULTO	50	30	20	R\$ 10,00	R\$ 500,00	R\$ 40,00	R\$ 2.000,00
CONSULTA EM NEUROCIRURGIA PEDIATRIA	0	0	0	R\$ 10,00	R\$ 0,00	R\$ 65,00	R\$ 0,00
CONSULTA EM ANESTESIOLOGIA	100	0	100	R\$ 10,00	R\$ 1.000,00	R\$ 40,00	R\$ 4.000,00
CONSULTA EM CARDIOLOGIA PARA RISCO CIRÚRGICO	100	0	100	R\$ 10,00	R\$ 1.000,00	R\$ 40,00	R\$ 4.000,00
TOTAL	1030	520	510		R\$ 10.300,00		R\$ 41.200,00
Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. A OFERTA DE AMPLIAÇÃO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA À GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - (GRAE) À PARTIR DE 01/01/2025.							

9.2 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

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

GRUPO: Procedimentos com finalidade diagnóstica	
SUBGRUPO	QUANTIDADE
01 - Diagnóstico em laboratório clínico	18.863
03 - Diagnóstico por anatomia patológica e Citopatologia	151
05 - Diagnóstico por ultrassonografia	340
06 – Diagnóstico por Tomografia	500

09 - Diagnóstico por endoscopia	80
11 - Métodos diagnósticos em especialidades	330
TOTAL	20.294

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 CONVENIENTE 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: <u>Hospitais Estruturantes:</u> • ONA nível I em 18 meses; • ONA nível 2 em 30 meses; • ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter. <u>Hospitais Estratégicos:</u> • Certificação ONA 1 em 18 meses;	5,0

	<u>Hospitais de Apoio:</u> Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses. Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma Considerando a decisão administrativa do Subsecretário, à peça #1963, essa redação passa a ser: Apresentar seguindo as metas e prazos de execução, após a celebração do Convênio de Contratualização: <u>Hospitais Estruturantes e Estratégicos:</u> Hospitais certificados independente do nível (I, II ou III): 5 pontos. Hospitais em processo de certificação com apresentação de diagnóstico e plano de trabalho: 2,5 pontos ONA nível 1: até 24 meses; ONA nível 2: até 48 meses; ONA nível 3: até 72 meses após a celebração do Convênio de Contratualização e manter. <u>Hospitais de Apoio:</u> Apresentar diagnóstico e plano de trabalho para melhoria de processos: 5 pontos. Apresentar diagnóstico e plano de trabalho para melhoria de processos.	
2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS		5,0
2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial	A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser $\geq 95\%$ dos funcionários. Apresentar Plano de Educação Continuada ativo e cronograma de treinamento. É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário	5,0
3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL		15,0
3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar	Manter as seguintes Comissões em pleno funcionamento: Comissão de Revisão de Prontuário;	10,0

	• Comissão de Óbitos; • Comissão de Ética Médica; • Comissão de Ética em Enfermagem; • Comissão de Farmácia e Terapêutica; • Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); • Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber; • Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS); • Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino; • Comissão de Segurança do Paciente; • Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e • Grupo Técnico de Humanização (GTH).	
3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente	• Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: • Identificação do Paciente; • Cirurgia Segura; • Prevenção de Úlcera de Pressão; • Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde; • Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos; • Prevenção de Quedas.	5,0
4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO		5,0
4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada Prioritariamente pela metodologia do NPS (<i>Net Promoter Score</i>)	Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital. Atingir resposta ótimo e bom: • $\geq 65\%$ - 5,0 pontos;	5,0

	• 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos; • $\leq 61,99$ – zero. OU Atingir índice do NPS 65: • SIM - 5,0 pontos; • NÃO – zero. OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a ser monitorada.	
5. ACESSO AO SISTEMA		35,0
5.1. Acesso Hospitalar	Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação. Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil.	5,0
5.2. Tempo de Regulação	Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas.	5,0
5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado	Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de Regulação. (Leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise).	10,0
5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada	100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas 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 $\leq 8\%$ Atingir percentual: • $\leq 8,0\%$ - 5,0 pontos; • 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos; • $\geq 10,0\%$ – zero.	5,0
6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO		25,0
6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência	Alcançar e manter, em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência).	15,0
6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação	Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do	5,0

	mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação.	
6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas	Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas.	5,0
7. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL		10,0
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 ≤ 7	Ter no máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto ≤ 7 .	2,0
TOTAL		100,0

XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS - Perfil: ESTRATÉGICO				
RESUMO ORÇAMENTO - 44º Termo Aditivo - JULHO/2026 À AGOSTO/2026				
COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL				
COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO 70%	MENSAL	JULHO/2026	AGOSTO/2026	TOTAL
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 4.247.362,64	R\$ 4.247.362,64	R\$ 4.247.362,64	R\$ 4.247.362,64
LEITOS - Sala Vermelha - Pronto Socorro - Recurso Estadual	R\$ 1.011.608,64	R\$ 1.011.608,64	R\$ 1.011.608,64	R\$ 1.011.608,64
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 1.005.555,35	R\$ 1.005.555,35	R\$ 1.005.555,35	R\$ 1.005.555,35
IAC - Incentivo a contratualização - Recurso Federal	R\$ 201.745,74	R\$ 201.745,74	R\$ 201.745,74	R\$ 201.745,74
Incentivo Integrasus - Recurso Federal	R\$ 3.410,81	R\$ 3.410,81	R\$ 3.410,81	R\$ 3.410,81
Rede de Atenção de Urgência e Emergência - UTI - Recurso Federal	R\$ 17.590,08	R\$ 17.590,08	R\$ 17.590,08	R\$ 17.590,08

Rede Cegonha - UTIN - Recurso Federal	R\$ 43.975,20	R\$ 43.975,20	R\$ 43.975,20	R\$ 43.975,20
Incentivo Federal - Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Espírito Santo - Portaria GM/MS de 21/12/2023 - Recurso Federal	R\$ 448.547,04	R\$ 448.547,04	R\$ 448.547,04	R\$ 448.547,04
Portaria GM/MS Nº 11.686, de 23 de Junho de 2026 – Parcela de Junho/2026 do Piso de Enfermagem - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 755.032,92	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Portaria GM/MS Nº 9.760 de 26 de Dezembro de 2025 - Recursos proporcionais à produção assistencial – Parcela 1/2 - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 299.440,12	R\$ 0,00	R\$ 299.440,12
SUBTOTAL - RECURSO ESTADUAL	R\$ 5.258.971,28	R\$ 5.258.971,28	R\$ 5.258.971,28	R\$ 5.258.971,28
SUBTOTAL - RECURSO FEDERAL	R\$ 1.720.824,22	R\$ 2.775.297,26	R\$ 1.720.824,22	R\$ 2.020.264,34
TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 6.979.795,50	R\$ 8.034.268,54	R\$ 6.979.795,50	R\$ 7.279.235,62
COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO 30%	MENSAL	JULHO/2026	AGOSTO/2026	TOTAL
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 1.820.298,28	R\$ 1.820.298,28	R\$ 1.820.298,28	R\$ 1.820.298,28
LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- Recurso Estadual	R\$ 433.546,56	R\$ 433.546,56	R\$ 433.546,56	R\$ 433.546,56
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 430.952,29	R\$ 430.952,29	R\$ 430.952,29	R\$ 430.952,29
SUBTOTAL - RECURSO ESTADUAL	R\$ 2.253.844,84	R\$ 2.253.844,84	R\$ 2.253.844,84	R\$ 2.253.844,84
SUBTOTAL - RECURSO FEDERAL	R\$ 430.952,29	R\$ 430.952,29	R\$ 430.952,29	R\$ 430.952,29
TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 2.684.797,13	R\$ 2.684.797,13	R\$ 2.684.797,13	R\$ 2.684.797,13
TOTAL PRÉ - FIXADO - ESTADUAL	R\$ 7.512.816,12	R\$ 7.512.816,12	R\$ 7.512.816,12	R\$ 7.512.816,12
TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL	R\$ 2.151.776,51	R\$ 3.206.249,55	R\$ 2.151.776,51	R\$ 2.451.216,63
TOTAL PRÉ - FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 9.664.592,63	R\$ 10.719.065,67	R\$ 9.664.592,63	R\$ 9.964.032,75
COMPONENTE PÓS - FIXADO	MENSAL	JULHO/2026	AGOSTO/2026	TOTAL
Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Recurso Federal	R\$ 196.921,06	R\$ 196.921,06	R\$ 196.921,06	R\$ 196.921,06
Consultas - Recurso Estadual (Portaria 166-R/2019)	R\$ 41.200,00	R\$ 41.200,00	R\$ 41.200,00	R\$ 41.200,00
Exames - Recurso Estadual (Portaria 015-R/2020)	R\$ 18.344,70	R\$ 18.344,70	R\$ 18.344,70	R\$ 18.344,70
Cirurgias de Endometriose - Portaria GM/MS nº 544, de 3 de maio de 2023 - Recurso Federal	R\$ 249.484,18	R\$ 249.484,18	R\$ 249.484,18	R\$ 249.484,18

OPME - padronizada - Recurso Federal	R\$ 44.334,00	R\$ 44.334,00	R\$ 44.334,00	R\$ 44.334,00
OPME's Não padronizadas na tabela SUS - PORTARIA 079-R, 21/07/2025 -Recurso Estadual	R\$ 121.482,02	R\$ 121.482,02	R\$ 121.482,02	R\$ 121.482,02
Procedimentos de Hemodiálise (TRS) - Recurso Estadual	R\$ 291.912,21	R\$ 252.204,10	R\$ 291.912,21	R\$ 291.912,21
TOTAL PÓS - FIXADO ESTADUAL	R\$ 472.938,93	R\$ 433.230,82	R\$ 472.938,93	R\$ 472.938,93
TOTAL PÓS - FIXADO FEDERAL	R\$ 490.739,24	R\$ 490.739,24	R\$ 490.739,24	R\$ 490.739,24
TOTAL PÓS - FIXADO FEDERAL + ESTADUAL	R\$ 963.678,17	R\$ 923.970,06	R\$ 963.678,17	R\$ 963.678,17
TOTAL ESTADUAL	R\$ 7.985.755,05	R\$ 7.946.046,94	R\$ 7.985.755,05	R\$ 7.985.755,05
TOTAL FEDERAL	R\$ 2.642.515,75	R\$ 3.696.988,79	R\$ 2.642.515,75	R\$ 2.941.955,87
TOTAL DO CONVÊNIO	R\$ 10.628.270,80	R\$ 11.643.035,73	R\$ 10.628.270,80	R\$ 10.927.710,92
TOTAL DO ADITIVO				R\$ 10.927.710,92

APROVAÇÃO

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de **R\$ 10.927.710,92** (dez milhões e novecentos e vinte e sete mil e setecentos e dez reais e noventa e dois centavos).

Assinatura e carimbo da Concedente

Nome: **HEBER DE SOUZA LAUAR**
Nº Funcional 3553167
Decreto nº178-S 03/02/2025

Assinatura

Assinatura e carimbo da Convenente

Nome: **WINSTON ROBERTO SOARES VIEIRA MACHADO**
CPF: *****.111.***-****

Assinatura

Vitória (ES), ____ de Julho de 2026.

ANEXOS

ANEXO A: ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

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

ANEXO C – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE – CNES

ANEXO A: ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS				
LEITOS HOSPITALARES - 44º Termo Aditivo – JULHO/2026 A AGOSTO/2026				
RECURSO ESTADUAL/FEDERAL				
TIPO DE LEITOS	Nº LEITOS	QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS	VALOR DIÁRIA DE 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
TOTAL	243			R\$ 6.549.096,32
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
TOTAL	41			R\$ 955.072,24
TOTAL DE LEITOS	284			R\$ 7.504.168,56
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
TOTAL	18		R\$ 2.641,00	R\$ 1.445.155,20
TOTAL GERAL DE LEITOS	302			R\$ 8.949.323,76

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS	
44º Termo Aditivo – JULHO/2026 A AGOSTO/2026	
INCENTIVOS - RECURSO FEDERAL	
IAC - Incentivo a Contratualização	R\$ 201.745,74
Incentivo Integrasus	R\$ 3.410,81
Incentivo Federal - Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Espírito Santo - Portaria GM/MS de 21/12/2023	R\$ 448.547,04
TOTAL	R\$ 653.703,59

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS - HIFA CACHOEIRO							
RESUMO ORÇAMENTO - 44º Termo Aditivo – JULHO/2026 A AGOSTO/2026							
RECURSO ESTADUAL - PORTARIA 166-R/2024							
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\$ 40,00	R\$ 1.600,00
CONSULTA EM CARDIOLOGIA PEDIATRIA	80	40	40	R\$ 10,00	R\$ 800,00	R\$ 40,00	R\$ 3.200,00
CONSULTA EM CIRURGIA GERAL ADULTO MEDIA COMPLEXIDADE	30	0	30	R\$ 10,00	R\$ 300,00	R\$ 40,00	R\$ 1.200,00
CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ADULTO	150	75	75	R\$ 10,00	R\$ 1.500,00	R\$ 40,00	R\$ 6.000,00
CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ALTA COMPLEXIDADE	10	0	10	R\$ 10,00	R\$ 100,00	R\$ 40,00	R\$ 400,00
CONSULTA EM CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA	150	105	45	R\$ 10,00	R\$ 1.500,00	R\$ 40,00	R\$ 6.000,00

CONSULTA EM CIRURGIA PEDIATRIA	120	120	0	R\$ 10,00	R\$ 1.200,00	R\$ 40,00	R\$ 4.800,00
CONSULTA EM CIRURGIA UROLOGIA ADULTO	200	130	70	R\$ 10,00	R\$ 2.000,00	R\$ 40,00	R\$ 8.000,00
CONSULTA CLÍNICA UROLOGIA ADULTO	50	30	20	R\$ 10,00	R\$ 500,00	R\$ 40,00	R\$ 2.000,00
CONSULTA EM NEUROCIRURGIA PEDIATRIA	0	0	0	R\$ 10,00	R\$ 0,00	R\$ 65,00	R\$ 0,00
CONSULTA EM ANESTESIOLOGIA	100	0	100	R\$ 10,00	R\$ 1.000,00	R\$ 40,00	R\$ 4.000,00
CONSULTA EM CARDIOLOGIA PARA RISCO CIRÚRGICO	100	0	100	R\$ 10,00	R\$ 1.000,00	R\$ 40,00	R\$ 4.000,00
TOTAL	1030	520	510		R\$ 10.300,00		R\$ 41.200,00

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

A OFERTA DE AMPLIAÇÃO DE CONSULTAS AMBULATORIAIS DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA À GERÊNCIA DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - (GRAE) À PARTIR DE 01/01/2025.

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS - HIFA CACHOEIRO

EXAMES - 44º Termo Aditivo – JULHO/2026 A AGOSTO/2026

RECURSO ESTADUAL - PORTARIA 015-R/2020

Ambulatório Especializado	Código do Procedimento / Forma Organizacional	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
ECOCARDIOGRAFI A TRANSTORÁCICA (PEDIÁTRICA)	02.05.01.003-2	80	48	32	R\$ 67,86	R\$ 5.428,80	R\$ 57,14	R\$ 4.571,20
ULTRASSONOGR A FIA 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 ULTRASSONOGR A FIA DE ARTICULACAO	02.05.02.006-2	60	30	30	R\$ 24,20	R\$ 1.452,00	R\$ 24,20	R\$ 1.452,00
GRUPO ULTRASSONOGR A FIA DE PAREDE ABDOMINAL / ULTRASSONOGR A FIA DE ABDÔMEN TOTAL	02.05.02.004-6	50	25	25	R\$ 37,95	R\$ 1.897,50	R\$ 10,45	R\$ 522,50
ULTRASSONOGR A FIA OBSTÉTRICA	02.05.02.014-3	20	10	10	R\$ 24,20	R\$ 484,00	R\$ 24,20	R\$ 484,00
ULTRASSONOGR A FIA 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

ULTRASSONOGR FIA 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
ULTRASSONOGR FIA DE BOLSA ESCROTAL	02.05.02.007-0	10	5	5	R\$ 24,20	R\$ 242,00	R\$ 24,20	R\$ 242,00
ULTRASSONOGR FIA DE PARTES MOLES	02.05.02.006-2	10	5	5	R\$ 24,20	R\$ 242,00	R\$ 24,20	R\$ 242,00
ULTRASSONOGR FIA 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
ULTRASSONOGR FIA PELVICA (GINECOLÓGICA)	02.05.02.016-0	10	5	5	R\$ 24,20	R\$ 242,00	R\$ 24,20	R\$ 242,00
ULTRASSONOGR FIA TRANSVAGINAL	02.05.02.018-6	20	10	10	R\$ 24,20	R\$ 484,00	R\$ 24,20	R\$ 484,00
VIDEOLARINGOSC OPIA	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	0	0	0	R\$ 7,62	R\$ 0,00	R\$ 304,88	R\$ 0,00
TOTAL		670	342	328		R\$ 22.422,80		R\$ 18.344,70
Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.								

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS							
SIA MÉDIA - 44º Termo Aditivo – JULHO/2026 A AGOSTO/2026							
RECURSO FEDERAL							
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/ mês	Valor Unitário	Valor/mês	Quant 1º Vez (Acesso)	Quant autogestão (retorno)
02- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	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 Ciptologia	01 - Exames Citopatológicos	150	R\$ 20,96	R\$ 3.144,00	0	150
		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/fonoaudiolog (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 - Diagnóstico em Urologia - Avaliação Urodinâmica Completa	0	R\$ 7,62	R\$ 0,00	0	0
03- Procedimentos Clínicos	01-Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos	01- Consultas Médicas	1030	R\$ 10,00	R\$ 10.300,00	520	510
TOTAL			20.794		R\$ 127.921,06	902	19.862

SIA DE ALTA COMPLEXIDADE

RECURSO FEDERAL - 44º Termo Aditivo – JULHO/2026 A AGOSTO/2026							
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/ mês	Valor Unitário	Valor/mês	Quant 1º Vez (Acesso)	Quant autogestão (retorno)
02- 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.							

OPME – PADRONIZADA

OPME PADRONIZADA - 44º Termo Aditivo – JULHO/2026 A AGOSTO/2026			
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.			

HOSPITAL: HIFA CACHOEIRO				
OPME NÃO PADRONIZADA - 44º Termo Aditivo – JULHO/2026 A AGOSTO/2026				
Valores unitários conforme Portaria Nº 079-R, DE 21/07/2025				
ITEM PORTARIA Nº 079-R, 21/07/2025	PROCEDIMENTO	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR MÊS
		MÊS		
1	FIO GUIA HIDROFÍLICO DE MÉDIA OU ALTA RIGIDEZ STIFF OU SUPER STIFF (DIÂMETRO 0.035” OU 0.038”)	0	R\$ 350,00	R\$ 0,00
2	FIO GUIA HIDROFÍLICO TIPO EXTRA RÍGIDO OU EXTRA STIFF (DIÂMETRO 0.035”)	0	R\$ 517,00	R\$ 0,00
3	INTRODUTOR CONTRA LATERAL	0	R\$ 805,70	R\$ 0,00
4	INTRODUTOR ARAMADO	0	R\$ 850,00	R\$ 0,00
5	CATETER SUPORTE / APOIO / GUIA	0	R\$ 450,00	R\$ 0,00
6	CATETER PIG TAIL CENTIMENTRADO	0	R\$ 700,00	R\$ 0,00
7	CATETER TERAPÊUTICO	0	R\$ 3.080,85	R\$ 0,00
8	CATETER CIRCULAR DUPLO LOOP	0	R\$ 2.765,75	R\$ 0,00
9	CATETER IRRIGADO TERAPÊUTICO UNIDIRECIONAL COMPATÍVEL COM SISTEMA DE MAPEAMENTO CARDÍACO.	0	R\$ 5.800,97	R\$ 0,00
10	CATETER IRRIGADO TERAPÊUTICO UNIDIRECIONAL COM SENSOR DE CONTATO	0	R\$ 5.862,00	R\$ 0,00
11	CATETER DE ABLAÇÃO IRRIGADO TERAPÊUTICO BIDIRECIONAL COM SENSOR DE CONTATO	0	R\$ 11.764,50	R\$ 0,00
12	DISPOSITIVO DE INSUFLAÇÃO	0	R\$ 230,00	R\$ 0,00
13	KIT RETIRADA DE FILTRO DE VEIA CAVA	0	R\$ 3.500,00	R\$ 0,00
14	BAINHA PARA PUNÇÃO TRANSEPTAL DIRECIONÁVEL	0	R\$ 1.765,00	R\$ 0,00
15	EQUIPO DE BOMBA DE ALTO FLUXO	0	R\$ 450,00	R\$ 0,00
16	KIT ELETRODOS DE REFERÊNCIA PARA MAPEAMENTO CARDÍACO	0	R\$ 1.944,65	R\$ 0,00
17	COLA CIRÚRGICA BIOLÓGICA (ATÉ 3ML)	0	R\$ 3.108,00	R\$ 0,00
18	COLA CIRÚRGICA SINTÉTICA (ATÉ 1ML)	0	R\$ 2.500,00	R\$ 0,00

19	DISPOSITIVO DE FECHAMENTO VASCULAR POR SUTURA OU ANCORA BIOABSORVÍVEL DE COLÁGENO	0	R\$ 1.000,00	R\$ 0,00
20	INTRODUTOR BAINHA LONGA	0	R\$ 900,00	R\$ 0,00
21	ESFERAS PARA SISTEMA DE NAVEGAÇÃO CIRÚRGICA POR IMAGEM (NEURONAVEGAÇÃO)	0	R\$ 10.380,00	R\$ 0,00
22	TELA MALEÁVEL DE TITÂNIO	0	R\$ 2.070,00	R\$ 0,00
23	SELANTE DURAL	0	R\$ 11.800,00	R\$ 0,00
24	FIO GUIA PARA TAVI / TARV	0	R\$ 191,00	R\$ 0,00
25	COMPLEXO PROTROMBÍNICO TOTAL (FATORES II, VII, IX E X DE COAGULAÇÃO) 600UI TIPO PROTHROMPLEX – T 600UI	0	R\$ 1.766,44	R\$ 0,00
26	KIT SELANTE DE FIBRINA ATÉ 5ML	1	R\$ 1.521,02	R\$ 1.521,02
27	TISSSEL VHSD TROMBINA FIBRINOGENIO APROTININA	0	R\$ 607,30	R\$ 0,00
28	ENDOPRÓTESE VASCULAR STENT-GRAFT (PRÓTESE COM STENT METÁLICO + ENXERTO SINTÉTICO)	0	R\$ 25.000,00	R\$ 0,00
29	ESTABILIZADOR CARDÍACO	0	R\$ 3.200,00	R\$ 0,00
30	KIT PARA REALIZAÇÃO DE IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VÁLVULA AÓRTICA	0	R\$ 82.000,00	R\$ 0,00
31	CATETER MULTIPOLAR TERAPÊUTICO (QUADRI, DECA, DUODECAPOLAR, ETC)	0	R\$ 1.734,61	R\$ 0,00
32	CATETER DE ABLAÇÃO 4MM ATÉ 8MM	0	R\$ 3.383,78	R\$ 0,00
33	PINÇA ULTRASSÔNICA PARA CIRURGIA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA	10	R\$ 2.000,00	R\$ 20.000,00
34	AGULHA ENDOSCÓPICA	3	R\$ 600,00	R\$ 1.800,00
35	BALÃO DE DILATAÇÃO BILIOPANCREÁTICO	0	R\$ 470,00	R\$ 0,00
36	BALÃO EXTRATOR DE CÁLCULOS BILIOPANCREÁTICO	10	R\$ 350,00	R\$ 3.500,00
37	CATETER PARA DRENAGEM BILIAR	3	R\$ 400,00	R\$ 1.200,00
38	FIO GUIA PANCREATO BILIAR	3	R\$ 300,00	R\$ 900,00
39	PAPILÓTOMO TIPO TRIPLO LUMEN OU FACA	5	R\$ 400,00	R\$ 2.000,00
40	PRÓTESE / STENT DE VIA BILIAR	5	R\$ 300,00	R\$ 1.500,00

41	CESTO EXTRATOR DE CÁLCULO RENAL, URETERAL E BILIAR	30	R\$ 500,00	R\$ 15.000,00
42	PRÓTESE TOTAL PRIMÁRIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA – ACETÁBULO METÁLICO X LINER DE POLIETILENO X CABEÇA CERÂMICA	0	R\$ 6.660,00	R\$ 0,00
43	PRÓTESE TOTAL PRIMÁRIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA – ACETÁBULO METÁLICO X LINER DE CERÂMICA X CABEÇA METÁLICA	0	R\$ 9.600,00	R\$ 0,00
44	PRÓTESE TOTAL PRIMÁRIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA – ACETÁBULO METÁLICO X LINER DE CERÂMICA X CABEÇA CERÂMICA	0	R\$ 10.500,00	R\$ 0,00
45	PRÓTESE TOTAL DE REVISÃO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL+ ACETABULOS METÁLICOS JUMBOS X POLIETILENO	0	R\$ 12.800,00	R\$ 0,00
46	PRÓTESE TOTAL DE REVISÃO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER MONOBLOCO DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETÁBULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO – LINER POLIETILENO + CABEÇA METÁLICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	0	R\$ 48.000,00	R\$ 0,00
47	PRÓTESE TOTAL DE REVISÃO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETÁBULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO – LINER POLIETILENO + CABEÇA CERÂMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	0	R\$ 52.000,00	R\$ 0,00
48	PRÓTESE TOTAL DE REVISÃO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO – LINER CERÂMICA + CABEÇA CERÂMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	0	R\$ 58.000,00	R\$ 0,00

49	PRÓTESE TOTAL DE REVISÃO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO – LINER POLIETILENO + CABEÇA METÁLICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	0	R\$ 55.341,44	R\$ 0,00
50	PRÓTESE TOTAL DE REVISÃO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETÁBULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO – LINER POLIETILENO + CABEÇA CERÂMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	0	R\$ 60.000,00	R\$ 0,00
51	PRÓTESE TOTAL DE REVISÃO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO – LINER CERAMICA + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	0	R\$ 64.000,00	R\$ 0,00
52	PRÓTESE TOTAL DE REVISÃO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETÁBULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS – LINER POLIETILENO + CABEÇA METÁLICA	0	R\$ 48.000,00	R\$ 0,00
53	PRÓTESE TOTAL DE REVISÃO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETÁBULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS - LINER POLIETILENO + CABEÇA CERÂMICA	0	R\$ 52.000,00	R\$ 0,00
54	PRÓTESE TOTAL DE REVISÃO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS - LINER CERÂMICA + CABEÇA CERÂMICA	0	R\$ 56.000,00	R\$ 0,00
55	CUNHAS DE TRABECULADO METÁLICA PARA DEFEITOS ÓSSEOS ACETABULARES	0	R\$ 11.500,00	R\$ 0,00
56	PARAFUSOS DE FIXAÇÃO ACETABULAR E/OU CUNHAS	0	R\$ 248,40	R\$ 0,00
57	PRÓTESE TOTAL REVISÃO DE JOELHO COM CUNHAS DE 5-10 MM PARA/ DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL	0	R\$ 9.693,05	R\$ 0,00

58	PRÓTESE TOTAL REVISÃO SEMI CONSTRICTA DE JOELHO COM CUNHAS PARA / DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL	0	R\$ 68.000,00	R\$ 0,00
59	PRÓTESE TOTAL REVISÃO CONSTRICTA DE JOELHO COM CUNHAS PARA / DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL	0	R\$ 78.000,00	R\$ 0,00
60	PRÓTESE UNICOMPARTIMENTAL DE JOELHO	0	R\$ 14.080,00	R\$ 0,00
61	CONES METÁLICOS PARA FALHAS ÓSSEAS EM FÊMUR DISTAL E/OU TÍBIA PROXIMAL UTILIZADOS EM PRÓTESES TOTAIS DE REVISÕES DE JOELHOS	0	R\$ 14.500,00	R\$ 0,00
62	PRÓTESE TOTAL REVERSA PARA OMBRO	0	R\$ 28.000,00	R\$ 0,00
63	FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA PARA FIXAÇÃO ORTOPÉDICA, DE TECIDOS MOLES, LIGAMENTOS E TENDÕES; OU EM SUTURA ÓSSEA	0	R\$ 280,00	R\$ 0,00
64	LÂMINA DE SERRA ÓSSEAS	0	R\$ 350,00	R\$ 0,00
65	PARTÍCULAS LÍQUIDO EMBOLIZANTES (POLÍMERO EMBÓLICO)	0	R\$ 1.600,00	R\$ 0,00
66	FIO GUIA HIDROFÍLICO PARA UROLOGIA	60	R\$ 134,35	R\$ 8.061,00
67	FIBRA LASER (POR UTILIZAÇÃO)	30	R\$ 2.200,00	R\$ 66.000,00
TOTAL		160		R\$ 121.482,02

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

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

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

Cirurgia de Endometriose			
Plano de Trabalho - execução - 44º Termo Aditivo - JULHO/2026 A AGOSTO/2026			
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:

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

SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE (TRS)

RECURSO ESTADUAL

44º Termo Aditivo – JULHO/2026

ITEM	COD. SIGTAP	PROCEDIMENTOS DIALÍTICOS	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO TABELA SIGTAP R\$	VALOR TOTAL MENSAL R\$
1	03.05.01.010-7	HEMODIÁLISE ADULTO (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	960	R\$ 251,57	R\$ 241.507,20
Subtotal Procedimentos Dialíticos			960		R\$ 241.507,20
Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores (80 Pacientes)					

ITEM	COD. SIGTAP	EXAMES - BIOQUÍMICOS	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO TABELA SIGTAP R\$	VALOR TOTAL MENSAL R\$
15	02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	80	R\$ 1,85	R\$ 148,00
16	02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	7	R\$ 3,51	R\$ 24,57
17	02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	7	R\$ 3,51	R\$ 24,57
18	02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	7	R\$ 1,85	R\$ 12,95
19	02.02.01.031-7	CREATININA	80	R\$ 1,85	R\$ 148,00
20	02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	27	R\$ 15,59	R\$ 420,93
21	02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	27	R\$ 3,51	R\$ 94,77
22	02.02.01.042-2	FOSFATASE ALCALINA	27	R\$ 2,01	R\$ 54,27
23	02.02.01.043-0	FÓSFORO	80	R\$ 1,85	R\$ 148,00
24	02.02.01.047-3	GLICEMIA (PACIENTE DIABÉTICO)	80	R\$ 1,85	R\$ 148,00
25	02.02.01.060-0	POTÁSSIO	80	R\$ 1,85	R\$ 148,00
26	02.02.01.062-7	PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	27	R\$ 1,85	R\$ 49,95
27	02.02.01.065-1	TRANSAMINASE GLUTAMICO PIRÚVICA	80	R\$ 2,01	R\$ 160,80
28	02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	27	R\$ 4,12	R\$ 111,24
29	02.02.01.067-8	TRIGLICERÍDEOS	80	R\$ 3,51	R\$ 280,80
30	02.02.01.069-4	UREIA	80	R\$ 1,85	R\$ 148,00
31	02.02.06.025-0	TSH	7	R\$ 8,96	R\$ 62,72
32	02.02.06.038-1	T4 LIVRE	7	R\$ 11,6	R\$ 81,20
33	02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SÓDIO	80	R\$ 1,53	R\$ 122,40
34	02.02.01.050-3	HEMOGLOBINA GLICOSILADA SÓ PARA DIABÉTICO	27	R\$ 7,86	R\$ 212,22
35	02.02.0104.7-3	DOSAGEM DE GLICOSE (NO LÍQUIDO PERITONEAL)	7	R\$ 1,85	R\$ 12,95
36	02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA (NO LÍQUIDO PERITONEAL)	7	R\$ 1,85	R\$ 12,95
Subtotal Exames Bioquímicos			931		R\$ 2.627,29

ITEM	COD. SIGTAP	EXAMES - HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO TABELA SIGTAP R\$	VALOR TOTAL MENSAL R\$
37	02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	80	R\$ 1,53	R\$ 122,40
38	02.02.02.037-1	DOSAGEM DE HEMATÓCRITO	80	R\$ 1,53	R\$ 122,40
39	02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	27	R\$ 4,11	R\$ 110,97
Subtotal Exames - Hematológicos e Hemostasia			187		R\$ 355,77

ITEM	COD. SIGTAP	EXAMES - SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO TABELA SIGTAP R\$	VALOR TOTAL MENSAL R\$
40	02.02.03.150-0	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTÍGENOS DE HIV E/OU ANTICORPOS ANTI-HIV-1 OU ANTI-HIV-2 PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	80	R\$ 10	R\$ 800,00
41	02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENOS DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (Anti - HBs)	40	R\$ 18,55	R\$ 742,00
42	02.02.03.147-0	PESQUISA LABORATORIAL DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI- HCV) PARA POPULAÇÃO GERAL (EXCETO GESTANTE, PARCEIRO OU PARCERIA)	40	R\$ 18,55	R\$ 742,00
43	02.02.03.144-6	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBsAg)	40	R\$ 18,55	R\$ 742,00
44	02.02.03.078-4	PESQUISA ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC IGG)	40	R\$ 18,55	R\$ 742,00
45	02.02.03.089-0	PESQUISA ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC IGM)	40	R\$ 18,55	R\$ 742,00
Subtotal Exames - Sorológicos e Imunológicos			280		R\$ 4.510,00

ITEM	COD. SIGTAP	EXAMES - HORMONAIS	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO TABELA SIGTAP R\$	VALOR TOTAL MENSAL R\$
46	02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	27	R\$ 43,13	R\$ 1.164,51
47	02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 OH VITAMINA D3	27	R\$ 15,24	R\$ 411,48
Subtotal Exames - Hormonais			54		R\$ 1.575,99

ITEM	COD. SIGTAP	EXAMES - TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO TABELA SIGTAP R\$	VALOR TOTAL MENSAL R\$
48	02.02.07.008-5	DOSAGEM DE ALUMINIO	7	R\$ 27,50	R\$ 183,33

49	02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	4	R\$ 11,49	R\$ 45,96
50	02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	4	R\$ 2,80	R\$ 11,20
51	02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/IDENTIFICAÇÃO	4	R\$ 5,62	R\$ 22,48
52	02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	4	R\$ 1,89	R\$ 7,56
53	02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	4	R\$ 13,33	R\$ 53,32
Subtotal Exames - Toxicológicos ou de Monitorização Terapêutica			27		R\$ 323,85

ITEM	COD. SIGTAP	CONSULTAS MÉDICAS	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO TABELA SIGTAP R\$	VALOR TOTAL MENSAL R\$
57	03.01.01.007-2	CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA – PROFISSIONAL MÉDICO	80	R\$ 10,00	R\$ 800,00
58	03.01.01.004-8	CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (Assistente Social, Enfermeiro, Nutricionista)	80	R\$ 6,30	R\$ 504,00
Subtotal - Consultas - Consulta/Seguimento.			160		R\$ 1.304,00
A consulta na Atenção Especializada Médica (03.01.01.007-2) se refere a consulta do Médico NEFROLOGISTA (para cada sessão de diálise e máximo de 13 valores unitários/mês por paciente e acompanhado da respectiva evolução médica diária) cujo CBO - Classificação Brasileira de Ocupações é 225109 para Faturamento/recebimento do valor de remuneração. O item 58 consulta multiprofissional em Diálise (03.01.01.004-8) será remunerada o valor unitário de consulta, por especialidade, por mês, por paciente acompanhada da evolução profissional diária.					

	QUANT. MENSAL	VALOR TOTAL MENSAL R\$
TOTAL MÊS	2599	R\$ 252.204,10

SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE (TRS) - AGOSTO/2026					
RECURSO ESTADUAL					
Perfil assistencial: Pacientes em Terapia Renal Substitutiva Contínua					
ITEM	COD. SIGTAP	PROCEDIMENTOS DIALÍTICOS	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO TABELA SIGTAP R\$	VALOR TOTAL MENSAL R\$
1	03.05.01.010-7	HEMODIÁLISE ADULTO (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	1040	R\$ 251,57	R\$ 261.632,80
2	03.05.01.009-3	HEMODIALISE (MÁXIMO 01 SESSÃO POR SEMANA) - EXCEPCIONALIDADE	32	R\$ 251,57	R\$ 8.050,24
3	03.05.01.011-5	HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	13	R\$ 340,32	R\$ 4.424,16

4	03.05.01.012-3	HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSÃO / SEMANA)	1	R\$ 340,32	R\$ 340,32
Subtotal Procedimentos Dialíticos			1086		R\$ 274.447,52
Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores (80 Pacientes)					

ITEM	COD. SIGTAP	EXAMES - RADIOLÓGICOS DO TÓRAX E MEDIASTINO	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO TABELA SIGTAP R\$	VALOR TOTAL MENSAL R\$
46	02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TÓRAX PA E PERFIL	7	R\$ 9,50	R\$ 66,50
Subtotal Exames - Radiológicos do Tórax e Mediastino			7		R\$ 66,50

ITEM	COD. SIGTAP	EXAMES - ULTRASONOGRAFIA	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO TABELA SIGTAP R\$	VALOR TOTAL MENSAL R\$
46	02.05.02.004-6	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	7	R\$ 37,95	R\$ 265,65
	02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA	7	R\$ 5,15	R\$ 36,05
Subtotal Exames - Ultrasonografia			14		R\$ 301,70

ITEM	COD. SIGTAP	CONSULTAS - CONSULTA MÉDICAS	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO TABELA SIGTAP R\$	VALOR TOTAL MENSAL R\$
57	03.01.01.007-2	CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA – PROFISSIONAL MÉDICO	1040	R\$ 10,00	R\$ 10.400,00
58	03.01.01.004-8	CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (Assistente Social, Enfermeiro, Nutricionista)	80	R\$ 6,30	R\$ 504,00
Subtotal - Consultas - Consulta/Seguimento			1120		R\$ 10.904,00

A consulta na Atenção Especializada Médica (03.01.01.007-2) se refere a consulta do Médico NEFROLOGISTA (para cada sessão de diálise e máximo de 13 valores unitários/mês por paciente e acompanhado da respectiva evolução médica diária) cujo CBO - Classificação Brasileira de Ocupações é 225109 para Faturamento/recebimento do valor de remuneração. O item 58 consulta multiprofissional em Diálise (03.01.01.004-8) será remunerada o valor unitário de consulta, por especialidade, por mês, por paciente acompanhada da evolução profissional diária.

ITEM	COD. SIGTAP	COMPLEMENTAÇÃO DE TRATAMENTO DIALÍTICO	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO TABELA SIGTAP R\$	VALOR TOTAL MENSAL R\$
57		* HEMODIÁLISE EM TRÂNSITO (Valor auxiliar para custos com Filtro Dialisador)	3	R\$ 85,01	R\$ 255,03
58		** HEMODIÁLISE EM GESTANTE (72 por gestante x 2 gestante/ano)	2	R\$ 240,97	R\$ 481,94

		ANTIBIOTICOTERAPIA VANCOMICINA Apresentação: 500 MG PO LIOF INJ FA VD TRANS 500 MG PO SOL INFUS IV VD TRANS Dose/Tratamento: 30 mg/kg. (Ataque) 15 mg/kg/a cada 48 horas (manutenção).	4	R\$ 46,80	R\$ 187,20
57		ANTIBIOTICOTERAPIA SULFATO DE AMICACINA Apresentação: 250 MG/ML SOL INJ AMP VD TRANS X 2 ML Dose/Tratamento: 7,5mg/kg/a cada 48 horas. Tempo de tratamento: 14 dias. Quantidade: 07 Frascos/Amp.	4	R\$ 11,01	R\$ 44,04
58		ANTIBIOTICOTERAPIA CEFTAZIDIMA (APENAS EM DIALISE PERITONEAL) Apresentação: 1 G PO SOL INJ FA VD TRANS Dose/Tratamento: 1 a 2 g/ a cada 48 horas. Tempo de tratamento: 14 dias. Quantidade: 07 Frascos/Amp.	4	R\$ 43,16	R\$ 172,64
Subtotal - Consultas - Consulta/Seguimento.			17		R\$ 1.140,85
*HEMODIÁLISE EM TRÂNSITO (Valor auxiliar para custos com Filtro Dializador) : A complementação só será realizada na primeira semana de tratamento, em no máximo 03 sessões, no período de espera de resultado de sorologias em cada período de transito autorizado; **HEMODIÁLISE EM GESTANTE: A complementação só será realizada durante o período gestacional (obrigatoriamente confirmado por B-Hcg positivo e Ultrassom Gestacional), em no máximo de 02 sessões por semana (5ª e 6ª sessão na mesma semana), quando o quantitativo de HD superar 03 sessões habituais/semana + 01 sessão de excepcionalidade; O valor de Complementação encontra-se balizado conforme Parecer Técnico GES Nº 01/2024 Terapia Renal Substitutiva Gestante, Pediátrica e em Trânsito Encaminhamento E-Docs 2023-Z0DGG8 (peça E-Docs 2024-F1HWVQ); *** HEMODIÁLISE EM PEDIATRIA: Todas as sessões de Hemodiálise realizadas em pacientes pediátricos (de 0 a 12 anos incompletos) serão complementadas no valor definido na Tabela SUS Capixaba; O valor de Complementação encontra-se balizado conforme Parecer Técnico GES Nº 01/2024 Terapia Renal Substitutiva Gestante, Pediátrica e em Trânsito Encaminhamento E-Docs 2023-Z0DGG8 (peça E-Docs 2024- F1HWVQ); **** ANTIBIOTICOTERAPIA: Em situações de conformidade ao protocolo de Infecção de Corrente Sanguínea associadas a Cateteres de Curta e Longa permanência. A medicação. CEFTAZIDIMA será autorizada apenas como procedimento para pacientes em Dialise Peritoneal; https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmcd/precos (Balizamento e Precificação para antibióticos – “Preços Máximos de Medicamentos por Princípio Ativo” - Consulta realizada em 11 de outubro de 2024 as 09h e 02 min.). Os quantitativos estimados para cálculos de antibioticoterapias acima estabelecidos foram balizados em dados provenientes da Subsecretaria de Estado de Vigilância em Saúde – SSVS. Hemodiálise em Trânsito: Conforme Parecer Técnico GES Nº 01/2024 Terapia Renal Substitutiva Gestante, Pediátrica e em Trânsito Encaminhamento E-Docs 2023-Z0DGG8 (peça E-Docs 2024-F1HWVQ)					

ITEM	COD. SIGTAP	CIRURGIA EM NEFROLOGIA - ACESSOS PARA DIÁLISE	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO TABELA SIGTAP R\$	VALOR TOTAL MENSAL R\$
37	04.18.01.004-8	IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE	4	R\$ 200,00	R\$ 800,00
38	04.18.01.006-4	IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE	4	R\$ 115,81	R\$ 463,24
39	04.18.01.008-0	IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC	4	R\$ 400,00	R\$ 1.600,00
Subtotal Exames - Hematológicos e Hemostasia			12		R\$ 2.863,24
FORNTE: CENSO DA SBN: 14% PACIENTE COM CATETER DE CURTA PERMANÊNCIA 10% PACIENTES COM CATÉTER DE LONGA PERMANÊNCIA 3% PACIENTES COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA COM ENXERTO. SISTEMA REGULAÇÃO TRS: 740 SOLICITAÇÕES DE CONFECCÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA PELO SISTEMA.					

ITEM	COD. SIGTAP	ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPM SIGTAP EM NEFROLOGIA	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO TABELA SIGTAP R\$	VALOR TOTAL MENSAL R\$
37	07.02.10.001-3	CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE	4	R\$ 482,34	R\$ 1.929,36

38	07.02.10.002-1	CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE	4	R\$ 64,76	R\$ 259,04
Subtotal Exames - Hematológicos e Hemostasia			8		R\$ 2.188,40

	QUANT. MENSAL	VALOR TOTAL MENSAL R\$
TOTAL MÊS	2264	R\$ 291.912,21

44º Termo Aditivo – JULHO/2026	
RECURSO FEDERAL	
PISO DA ENFERMAGEM	
Portaria GM/MS Nº 11.686, de 23 de Junho de 2026 – Parcela de Junho/2026 do Piso de Enfermagem - Recurso Federal	R\$ 755.032,92
TOTAL	R\$ 755.032,92

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)	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: <u>Hospitais Estruturantes:</u> • ONA nível I em 18 meses; • ONA nível 2 em 30 meses; • ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter. <u>Hospitais Estratégicos:</u> • Certificação ONA 1 em 18 meses; <u>Hospitais de Apoio:</u> • Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses. Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma Considerando a decisão administrativa do Subsecretário, à peça #1963, essa redação passa a ser: Apresentar seguindo as metas e prazos de execução, após a celebração do Convênio de Contratualização: <u>Hospitais Estruturantes e Estratégicos:</u> Hospitais certificados independente do nível (I, II ou III): 5 pontos. Hospitais em processo de certificação com apresentação de diagnóstico e plano de trabalho: 2,5 pontos ONA nível 1: até 24 meses; ONA nível 2: até 48 meses; ONA nível 3: até 72 meses após a celebração do Convênio de Contratualização e manter. <u>Hospitais de Apoio:</u> Apresentar diagnóstico e plano de trabalho para melhoria de processos: 5 pontos. Apresentar diagnóstico e plano de trabalho para melhoria de processos.	5,0
--	--	------------

2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS		5,0
2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial	A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser $\geq 95\%$ dos funcionários.	5,0
	Apresentar Plano de Educação Continuada ativo e cronograma de treinamento.	
	É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário	
3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL		15,0
3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar	Manter as seguintes Comissões em pleno funcionamento: • Comissão de Revisão de Prontuário; • Comissão de Óbitos; • Comissão de Ética Médica; • Comissão de Ética em Enfermagem; • Comissão de Farmácia e Terapêutica; • Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); • Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber; • Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS); • Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino; • Comissão de Segurança do Paciente; • Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e • Grupo Técnico de Humanização (GTH).	10,0
	• Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: • Identificação do Paciente; • Cirurgia Segura; • Prevenção de Úlcera de Pressão;	
3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente		5,0

	• Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde; • Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos; • Prevenção de Quedas.	
4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO		5,0
4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada Prioritariamente pela metodologia do NPS (<i>Net Promoter Score</i>)	Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital. Atingir resposta ótimo e bom: • $\geq 65\%$ - 5,0 pontos; • 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos; • $\leq 61,99$ – zero. OU Atingir índice do NPS 65: • SIM - 5,0 pontos; • NÃO – zero. OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a ser monitorada.	5,0
5. ACESSO AO SISTEMA		35,0
5.1. Acesso Hospitalar	Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação. Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil.	5,0
5.2. Tempo de Regulação	Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas.	5,0
5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado	Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de Regulação. (Leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise).	10,0
5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada	100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas 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 inseridas para visualização e controle no sistema de regulação.	5,0
5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas	Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas $\leq 8\%$ Atingir percentual: • $\leq 8,0\%$ - 5,0 pontos;	5,0

	• 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos; • $\geq 10,0\%$ – zero.	
6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO		25,0
6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência	Alcançar e manter, em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência).	15,0
6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação	Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação.	5,0
6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas	Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas.	5,0
7. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL		10,0
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 ≤ 7	Ter no máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto ≤ 7 .	2,0
TOTAL		100,0

ANEXO C – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE CNES

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 27/05/2026

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: FLAVIA ABILIO ALMEIDA

Cadastrado em: 17/12/2003Atualização na base local: 30/04/2026Última atualização Nacional: 24/05/2026

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
114	ATENCAO ESPECIALIZADA A SAUDE BUCAL	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
115	ATENCAO PSICOSSOCIAL	PROPRIO	SIM	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
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
160	TELESSAUDE	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
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	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	ATENCAO ESPECIALIZADA A 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	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

160 - 006	TELESSAUDE	TELECONSULTA	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
DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X ate 100 mA	1	1	SIM
Tomógrafo Computadorizado	1	1	SIM
Ultrassom Convencional	1	1	SIM

DIALISE			
APARELHO DE HEMODIALISE - HOSPITALAR	2	2	SIM
EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA			
IMITANCIOMETRO	2	2	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 Digestivo	1	1	SIM
Endoscopia das Vias Respiratorias	1	1	SIM
Endoscopia das Vias Urinarias	1	1	SIM
Laparoscopia/Vídeo	1	1	SIM
Microscopia Cirurgico	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		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU	10	10
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	20	15
UTI NEONATAL - TIPO II	20	5
UTI PEDIATRICA - TIPO II	28	18
UTI-A TIPO II	40	40
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
1901	LAQUEADURA	LOCAL	11/2023	99/9999	CIB 252/2023	21/01/2025	0	30/04/2026	24/05/2026

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data do Lançamento	Data da Atualização
1902	VASECTOMIA	LOCAL	03/2025	99/9999	RESOLUCAO 036/2023	09/03/2026	0	30/04/2026	24/05/2026
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
2601	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO - UTI-A TIPO II	NACIONAL	10/2022	99/9999	RP 468/GM/MS	14/04/2023	40	13/06/2023	05/10/2022
2603	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - UTI-PED TIPO II	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 INTERMEDIARIOS 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 INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU - UCINCA	NACIONAL	12/2022	99/9999	4409/GM/MS	20/12/2022	10	21/12/2022	21/12/2022
3801	PROGRAMA MAIS ACESSO A ESPECIALISTAS	LOCAL	10/2025	11/2026	CIB 004/2025	11/02/2026	0	30/04/2026	24/05/2026

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:

HEBER DE SOUZA LAUAR
SUBSECRETARIO ESTADO
SSEC - SESA - GOVES
assinado em 31/07/2026 17:23:41 -03:00

WINSTON ROBERTO SOARES VIEIRA MACHADO
CIDADÃO
assinado em 31/07/2026 17:12:43 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 31/07/2026 17:23:42 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por ADILSON PAZITO SERRA (CONTADOR - 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/2026-PVWK3R>