CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 001/2022

PROCESSO E -DOCS Nº: 2022-VW65Q

50° 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 Contratualização 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) **CONVENENTE**, 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 n° 1, n° 2, n° 3 e n°

5, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria Estadual 076-R, de 19 de maio de 2022, bem como Portaria n° 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)** Prorrogação do período de vigência de **01/11/2026 a 15/11/2026, (b)** Acréscimo financeiro no valor de **R$ 5.261.990,72** (cinco milhões e duzentos e sessenta e um mil e novecentos e noventa reais e setenta e dois centavos), referente ao objeto **(a),** conforme Documento Descritivo – **DODE**.

1.2 - Os serviços conveniados encontram-se discriminados no DODE, previamente definido entre as partes, na Ficha de Programação Orçamentária e na Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, que integram este 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$ 630.693.665,45** (seiscentos e trinta milhões e seiscentos e noventa e três mil e seiscentos e sessenta e cinco reais e quarenta e cinco centavos).

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

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

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

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

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

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).

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)**.**

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 foi 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**).**

6.1.44 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **45º Termo Aditivo foi de R$ 759.152,07** (setecentos e cinquenta e nove mil e cento e cinquenta e dois reais e sete centavos**).**

6.1.45 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **46º Termo Aditivo foi de R$ 22.412.710,92** (vinte e dois milhões e quatrocentos e doze mil e setecentos e dez reais e noventa e dois centavos**).**

6.1.46 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **47º Termo Aditivo foi de R$ 755.034,79** (setecentos e cinquenta e cinco mil e trinta e quatro reais e setenta e nove centavos**).**

6.1.47 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **48º Termo Aditivo foi de R$ 10.628.270,80** (dez milhões e seiscentos e vinte e oito mil e duzentos e setenta reais e oitenta centavos**).**

6.1.48 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **49º Termo Aditivo foi de R$ 755.836,39** (setecentos e cinquenta e cinco mil e oitocentos e trinta e seis reais e trinta e nove centavos)**.**

6.1.49 - O Recurso Financeiro adicional aplicado ao **50º Termo Aditivo será de R$ 5.261.990,72** (cinco milhões e duzentos e sessenta e um mil e novecentos e noventa reais e setenta e dois centavos)**.**

6.2 - O detalhamento do repasse a partir do **50° termo aditivo** se dará da seguinte forma:

6.2.1 - Para a execução do convênio de contratualização, a CONVENENTE receberá recursos financeiros de **R$ 5.261.990,72** (cinco milhões e duzentos e sessenta e um mil e novecentos e noventa reais e setenta 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$ 4.773.419,19** (quatro milhões e setecentos e setenta e três mil e quatrocentos e dezenove reais e dezenove centavos), e será transferida à CONVENENTE 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$ 3.448.683,76** (três milhões e quatrocentos e quarenta e oito mil e seiscentos e oitenta e três reais e setenta e seis centavos), é fixo e repassado mensalmente.

6.2.4 - Trinta por cento (30%) do componente pré-fixado, que remontam **R$ 1.324.735,43** (um milhão e trezentos e vinte e quatro mil e setecentos e trinta e cinco reais e quarenta e três 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.

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

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS - Perfil: ESTRATÉGICO				
RESUMO ORÇAMENTO - 50º Termo Aditivo - 01/11/2026 À 15/11/2026				
COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL				
COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO 70%	**MENSAL**	**OUTUBRO/2026**	**01/11/2026 À 15/11/2026**	**TOTAL**
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - **Recurso Estadual**	R$ 4.247.362,64	R$ 4.247.362,64	R$ 2.089.122,65	R$ 2.089.122,65
LEITOS - Sala Vermelha - Pronto Socorro - **Recurso Estadual**	R$ 1.011.608,64	R$ 1.011.608,64	R$ 499.149,00	R$ 499.149,00
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - **Recurso Federal**	R$ 1.005.555,35	R$ 1.005.555,35	R$ 502.777,67	R$ 502.777,67
IAC - Incentivo a contratualização - **Recurso Federal**	R$ 201.745,74	R$ 201.745,74	R$ 100.872,87	R$ 100.872,87
Incentivo Integrasus - **Recurso Federal**	R$ 3.410,81	R$ 3.410,81	R$ 1.705,41	R$ 1.705,41
Rede de Atenção de Urgência e Emergência - UTI - **Recurso Federal**	R$ 17.590,08	R$ 17.590,08	R$ 8.795,04	R$ 8.795,04
Rede Cegonha - UTIN - **Recurso Federal**	R$ 43.975,20	R$ 43.975,20	R$ 21.987,60	R$ 21.987,60
Incentivo Federal - Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Espírito Santo - Portaria GM/MS de 21/12/2023 - **Recurso Federal**	R$ 448.547,04	R$ 448.547,04	R$ 224.273,52	R$ 224.273,52
Portaria GM/MS Nº 12.207, de 23 de Setembro de 2026 – Parcela de Setembro/2026 do Piso de Enfermagem - **Recurso Federal**	R$ 0,00	R$ 755.836,39	R$ 0,00	R$ 0,00
SUBTOTAL - RECURSO ESTADUAL	**R$ 5.258.971,28**	**R$ 5.258.971,28**	**R$ 2.588.271,65**	**R$ 2.588.271,65**
SUBTOTAL - RECURSO FEDERAL	**R$ 1.720.824,22**	**R$ 2.476.660,61**	**R$ 860.412,11**	**R$ 860.412,11**
TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL	**R$ 6.979.795,50**	**R$ 7.735.631,89**	**R$ 3.448.683,76**	**R$ 3.448.683,76**
COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO 30%	**MENSAL**	**OUTUBRO/2026**	**NOVEMBRO/2026**	**TOTAL**
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - **Recurso Estadual**	R$ 1.820.298,28	R$ 1.820.298,28	R$ 895.338,28	R$ 895.338,28
LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- **Recurso Estadual**	R$ 433.546,56	R$ 433.546,56	R$ 213.921,00	R$ 213.921,00

LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - **Recurso Federal**	R$ 430.952,29	R$ 430.952,29	R$ 215.476,15	R$ 215.476,15
SUBTOTAL - RECURSO ESTADUAL	**R$ 2.253.844,84**	**R$ 2.253.844,84**	**R$ 1.109.259,28**	**R$ 1.109.259,28**
SUBTOTAL - RECURSO FEDERAL	**R$ 430.952,29**	**R$ 430.952,29**	**R$ 215.476,15**	**R$ 215.476,15**
TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL	**R$ 2.684.797,13**	**R$ 2.684.797,13**	**R$ 1.324.735,43**	**R$ 1.324.735,43**
TOTAL PRÉ - FIXADO - ESTADUAL	**R$ 7.512.816,12**	**R$ 7.512.816,12**	**R$ 3.697.530,93**	**R$ 3.697.530,93**
TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL	**R$ 2.151.776,51**	**R$ 2.907.612,90**	**R$ 1.075.888,26**	**R$ 1.075.888,26**
TOTAL PRÉ - FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	**R$ 9.664.592,63**	**R$ 10.420.429,02**	**R$ 4.773.419,19**	**R$ 4.773.419,19**
COMPONENTE PÓS - FIXADO	**MENSAL**	**OUTUBRO/2026**	**NOVEMBRO/2026**	**TOTAL**
Procedimentos de Média e Alta Complexidade **- Recurso Federal**	R$ 196.921,06	R$ 196.921,06	R$ 98.414,26	R$ 98.414,26
Consultas - **Recurso Estadual (Portaria 166-R/2019)**	R$ 41.200,00	R$ 41.200,00	R$ 20.600,00	R$ 20.600,00
Exames - **Recurso Estadual (Portaria 015-R/2020)**	R$ 18.344,70	R$ 18.344,70	R$ 9.172,35	R$ 9.172,35
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$ 131.744,10	R$ 131.744,10
OPME - padronizada - **Recurso Federal**	R$ 44.334,00	R$ 44.334,00	R$ 22.167,00	R$ 22.167,00
OPME's Não padronizadas na tabela SUS - **PORTARIA 079-R, 21/07/2025 -Recurso Estadual**	R$ 121.482,02	R$ 121.482,02	R$ 60.501,52	R$ 60.501,52
Procedimentos de Hemodiálise (TRS) - **Recurso Estadual**	R$ 291.912,21	R$ 291.912,21	R$ 145.972,31	R$ 145.972,31
TOTAL PÓS - FIXADO ESTADUAL	**R$ 472.938,93**	**R$ 472.938,93**	**R$ 236.246,18**	**R$ 236.246,18**
TOTAL PÓS - FIXADO FEDERAL	**R$ 490.739,24**	**R$ 490.739,24**	**R$ 252.325,36**	**R$ 252.325,36**
TOTAL PÓS - FIXADO FEDERAL + ESTADUAL	**R$ 963.678,17**	**R$ 963.678,17**	**R$ 488.571,54**	**R$ 488.571,54**
TOTAL ESTADUAL	**R$ 7.985.755,05**	**R$ 7.985.755,05**	**R$ 3.933.777,11**	**R$ 3.933.777,11**
TOTAL FEDERAL	**R$ 2.642.515,75**	**R$ 3.398.352,14**	**R$ 1.328.213,61**	**R$ 1.328.213,61**
TOTAL DO CONVÊNIO	**R$ 10.628.270,80**	**R$ 11.384.107,19**	**R$ 5.261.990,72**	**R$ 5.261.990,72**
TOTAL DO ADITIVO				**R$ 5.261.990,72**

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;

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 n° 1.011/2022.

Vitória/ES, Outubro 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

DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **50º 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 Convenente.

Declaro ainda que a despesa referente ao **50º 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 1501000000 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 2600312000 e/ou 1634000018 e/ou 2600000000 e/ou 1600000005.

Vitória/ES, Outubro de 2026.

HEBER DE SOUZA LAUAR
Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde

ANEXO

DOCUMENTO DESCRITIVO – DODE

HOSPITAL INFANTIL FRACISCO DE ASSIS

HIFA CACHOEIRO

CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 001/2022 - 50º TERMO ADITIVO

PROCESSO E-DOCS: 2022-7W65Q

PERÍODO DE VIGÊNCIA: 01/11/2026 À 15/11/2026

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

Convenente			**CNPJ**	
HOSPITAL INFANTIL FRACISCO 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**	**01/11/2026 À 15/11/2026**
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

II - CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

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	(X) Porta Aberta – 18 LEITOS SALA VERMELHA (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 n°076-R/2022.

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

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

V – PERFIL ASSISTENCIAL

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

VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

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

1) **PRÉ-FIXADA**: tem como base a capacidade instalada e o perfil assistencial da unidade hospitalar, vinculada a:

   I. Habilitação, qualificação e disponibilidade de leitos para a regulação;

   II. Qualificação e disponibilidade de leitos de sala vermelha – Pronto Socorro;

   III. Incentivos federais nos termos das respectivas normas e efetivação de repasses federais.

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

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

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

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

I. Procedimentos ambulatoriais de consultas, exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, referentes à linha de cuidado definido na grade de referência e perfil assistencial de cada unidade hospitalar;

II. Procedimentos hospitalares de oftalmologia e outros a serem classificados;

III. Procedimentos ambulatoriais e hospitalares financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações – FAEC;

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

V. Órtese, Próteses e Materiais Especiais – OPME – de procedimentos de alta complexidade não padronizadas na Tabela SUS.

VI. Os valores das consultas médicas especializadas e as OPME's não Padronizadas na Tabela SUS, terão os seus valores definidos na Tabela SUS Capixaba.

VII– ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

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

VIII – METAS ASSISTENCIAIS

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

8.1 – Internação (Âmbito Hospitalar)

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

TIPO DE LEITO	Nº LEITOS
Clínica Médica – Enfermaria Adulto	40
Clínica Médica – Enfermaria Pediátrico	50
Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto	25
Clínica Cirúrgica – Enfermaria Pediátrica	12
UTI Adulto	40
UTI Pediátrico	28
UTI Neonatal (UTIN)	19
Intermediária Neonatal Convencional (UCINCO)	19
Intermediária Neonatal Canguru (UCINCA)	10
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, consequentemente, 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 - 50º Termo Aditivo - 50º Termo Aditivo - 01/11/2026 À 15/11/2026							
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	20	10	10	R$ 10,00	R$ 200,00	R$ 40,00	R$ 800,00
CONSULTA EM CARDIOLOGIA PEDIATRIA	40	20	20	R$ 10,00	R$ 400,00	R$ 40,00	R$ 1.600,00

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL ADULTO MEDIA COMPLEXIDADE	15	0	15	R$ 10,00	R$ 150,00	R$ 40,00	R$ 600,00
CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ADULTO	75	38	37	R$ 10,00	R$ 750,00	R$ 40,00	R$ 3.000,00
CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ALTA COMPLEXIDADE	5	0	5	R$ 10,00	R$ 50,00	R$ 40,00	R$ 200,00
CONSULTA EM CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA	75	52	23	R$ 10,00	R$ 750,00	R$ 40,00	R$ 3.000,00
CONSULTA EM CIRURGIA PEDIATRIA	60	60	0	R$ 10,00	R$ 600,00	R$ 40,00	R$ 2.400,00
CONSULTA EM CIRURGIA UROLOGIA ADULTO	100	65	35	R$ 10,00	R$ 1.000,00	R$ 40,00	R$ 4.000,00
CONSULTA CLÍNICA UROLOGIA ADULTO	25	15	10	R$ 10,00	R$ 250,00	R$ 40,00	R$ 1.000,00
CONSULTA EM ANESTESIOLOGIA	50	0	50	R$ 10,00	R$ 500,00	R$ 40,00	R$ 2.000,00
CONSULTA EM CARDIOLOGIA PARA RISCO CIRÚRGICO	50	0	50	R$ 10,00	R$ 500,00	R$ 40,00	R$ 2.000,00
TOTAL	**515**	**260**	**255**		**R$ 5.150,00**		**R$ 20.600,00**
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 CONVENENTE E CONCEDENTE.

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

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

10.1 - CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS METAS

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

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

PONTUAÇÃO SCORE (PS)	**Percentual de Desconto da Parcela dos 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 celebação do Convênio de Contratualização, o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada, conforme abaixo: **Hospitais Estruturantes:** • 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. **Hospitais Estratégicos:** • Certificação ONA 1 em 18 meses; **Hospitais de Apoio:** • 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: Hospitais Estruturantes e Estratégicos: Hospitais certificados independente do nível (I, II ou III): 5 pontos. Hospitais em processo de certificação com	5,0

	apresentação de diagnóstico e plano de trabalho: 2,5 pontos ONA nivel 1: até 24 meses; ONA nivel 2: até 48 meses; ONA nivel 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 ≥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; • 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	10,0

	(CIHDOTT), quando couber; e • Grupo Técnico de Humanização (GTH).	
3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente	• Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: • Identificação do Paciente; • Cirurgia Segura; • Prevenção de Úlcera de Pressão; • Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde; • Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos; • Prevenção de Quedas.	5,0
4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO		**5,0**
4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada Prioritariamente pela metodologia do NPS (*Net Promoter Score*)	Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital. Atingir resposta ótimo e bom: • ≥ 65% - 5,0 pontos; • 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos; • ≤ 61,99 – zero. OU Atingir indice 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	10,0

	inseridos no Sistema de Regulação. (Leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise).	
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 ≤8% Atingir percentual: • ≤ 8,0% - 5,0 pontos; • 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos; • ≥ 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 ≤ 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 ≤ 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 ≥ 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 césarios 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 5° minuto ≤ 7.	2,0
TOTAL		**100,0**

XI– PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS - Perfil: ESTRATÉGICO				
RESUMO ORÇAMENTO - 50º Termo Aditivo - 01/11/2026 À 15/11/2026				
COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL				
COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO 70%	**MENSAL**	**OUTUBRO/2026**	**01/11/2026 À 15/11/2026**	**TOTAL**
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - **Recurso Estadual**	R$ 4.247.362,64	R$ 4.247.362,64	R$ 2.089.122,65	R$ 2.089.122,65
LEITOS - Sala Vermelha - Pronto Socorro - **Recurso Estadual**	R$ 1.011.608,64	R$ 1.011.608,64	R$ 499.149,00	R$ 499.149,00
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - **Recurso Federal**	R$ 1.005.555,35	R$ 1.005.555,35	R$ 502.777,67	R$ 502.777,67
IAC - Incentivo a contratualização - **Recurso Federal**	R$ 201.745,74	R$ 201.745,74	R$ 100.872,87	R$ 100.872,87
Incentivo Integrasus - **Recurso Federal**	R$ 3.410,81	R$ 3.410,81	R$ 1.705,41	R$ 1.705,41
Rede de Atenção de Urgência e Emergência - UTI - **Recurso Federal**	R$ 17.590,08	R$ 17.590,08	R$ 8.795,04	R$ 8.795,04
Rede Cegonha - UTIN - **Recurso Federal**	R$ 43.975,20	R$ 43.975,20	R$ 21.987,60	R$ 21.987,60
Incentivo Federal - Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Espírito Santo - Portaria GM/MS de 21/12/2023 - **Recurso Federal**	R$ 448.547,04	R$ 448.547,04	R$ 224.273,52	R$ 224.273,52
Portaria GM/MS Nº 12.207, de 23 de Setembro de 2026 – Parcela de Setembro/2026 do Piso de Enfermagem - **Recurso Federal**	R$ 0,00	R$ 755.836,39	R$ 0,00	R$ 0,00
SUBTOTAL - RECURSO ESTADUAL	**R$ 5.258.971,28**	**R$ 5.258.971,28**	**R$ 2.588.271,65**	**R$ 2.588.271,65**
SUBTOTAL - RECURSO FEDERAL	**R$ 1.720.824,22**	**R$ 2.476.660,61**	**R$ 860.412,11**	**R$ 860.412,11**
TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL	**R$ 6.979.795,50**	**R$ 7.735.631,89**	**R$ 3.448.683,76**	**R$ 3.448.683,76**
COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO 30%	**MENSAL**	**OUTUBRO/2026**	**NOVEMBRO/2026**	**TOTAL**
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - **Recurso Estadual**	R$ 1.820.298,28	R$ 1.820.298,28	R$ 895.338,28	R$ 895.338,28
LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- **Recurso Estadual**	R$ 433.546,56	R$ 433.546,56	R$ 213.921,00	R$ 213.921,00
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - **Recurso Federal**	R$ 430.952,29	R$ 430.952,29	R$ 215.476,15	R$ 215.476,15
SUBTOTAL - RECURSO ESTADUAL	**R$ 2.253.844,84**	**R$ 2.253.844,84**	**R$ 1.109.259,28**	**R$ 1.109.259,28**

SUBTOTAL - RECURSO FEDERAL	**R$ 430.952,29**	**R$ 430.952,29**	**R$ 215.476,15**	**R$ 215.476,15**
TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL	**R$ 2.684.797,13**	**R$ 2.684.797,13**	**R$ 1.324.735,43**	**R$ 1.324.735,43**
TOTAL PRÉ - FIXADO - ESTADUAL	**R$ 7.512.816,12**	**R$ 7.512.816,12**	**R$ 3.697.530,93**	**R$ 3.697.530,93**
TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL	**R$ 2.151.776,51**	**R$ 2.907.612,90**	**R$ 1.075.888,26**	**R$ 1.075.888,26**
TOTAL PRÉ - FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	**R$ 9.664.592,63**	**R$ 10.420.429,02**	**R$ 4.773.419,19**	**R$ 4.773.419,19**
COMPONENTE PÓS - FIXADO	**MENSAL**	**OUTUBRO/2026**	**NOVEMBRO/2026**	**TOTAL**
Procedimentos de Média e Alta Complexidade **- Recurso Federal**	R$ 196.921,06	R$ 196.921,06	R$ 98.414,26	R$ 98.414,26
Consultas - **Recurso Estadual (Portaria 166-R/2019)**	R$ 41.200,00	R$ 41.200,00	R$ 20.600,00	R$ 20.600,00
Exames - **Recurso Estadual (Portaria 015-R/2020)**	R$ 18.344,70	R$ 18.344,70	R$ 9.172,35	R$ 9.172,35
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$ 131.744,10	R$ 131.744,10
OPME - padronizada - **Recurso Federal**	R$ 44.334,00	R$ 44.334,00	R$ 22.167,00	R$ 22.167,00
OPME's Não padronizadas na tabela SUS **- PORTARIA 079-R, 21/07/2025 -Recurso Estadual**	R$ 121.482,02	R$ 121.482,02	R$ 60.501,52	R$ 60.501,52
Procedimentos de Hemodiálise (TRS) **- Recurso Estadual**	R$ 291.912,21	R$ 291.912,21	R$ 145.972,31	R$ 145.972,31
TOTAL PÓS - FIXADO ESTADUAL	**R$ 472.938,93**	**R$ 472.938,93**	**R$ 236.246,18**	**R$ 236.246,18**
TOTAL PÓS - FIXADO FEDERAL	**R$ 490.739,24**	**R$ 490.739,24**	**R$ 252.325,36**	**R$ 252.325,36**
TOTAL PÓS - FIXADO FEDERAL + ESTADUAL	**R$ 963.678,17**	**R$ 963.678,17**	**R$ 488.571,54**	**R$ 488.571,54**
TOTAL ESTADUAL	**R$ 7.985.755,05**	**R$ 7.985.755,05**	**R$ 3.933.777,11**	**R$ 3.933.777,11**
TOTAL FEDERAL	**R$ 2.642.515,75**	**R$ 3.398.352,14**	**R$ 1.328.213,61**	**R$ 1.328.213,61**
TOTAL DO CONVÊNIO	**R$ 10.628.270,80**	**R$ 11.384.107,19**	**R$ 5.261.990,72**	**R$ 5.261.990,72**
TOTAL DO ADITIVO				**R$ 5.261.990,72**

APROVAÇÃO	
O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de **R$ 5.261.990,72** (cinco milhões duzentos e sessenta e um mil novecentos e noventa reais e setenta e dois centavos).	
Assinatura e carimbo da Concedente Nome: **HEBER DE SOUZA LAUAR** Nº Funcional 3553167 Decreto n°178-S 03/02/2025 Assinatura	**Assinatura e carimbo da Convenente** Nome: **WINSTON ROBERTO SOARES VIEIRA MACHADO** **CPF:** ***.111.***-** Assinatura
Vitória (ES), _____ de Outubro 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

LEITOS

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS				
LEITOS HOSPITALARES - 50º Termo Aditivo - 01/11/2026 À 15/11/2026				
RECURSO ESTADUAL/FEDERAL				
TIPO DE LEITOS	**Nº LEITOS**	**QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS**	**VALOR DIÁRIA DE LEITO**	**VALOR TOTAL MENSAL**
Clínica Médica – Enfermaria Adulto	40	540	R$ 700,00	R$ 378.000,00
Clínica Médica – Enfermaria Pediátrico	50	675	R$ 700,00	R$ 472.500,00
Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto	25	318,75	R$ 782,00	R$ 249.262,50
Clínica Cirúrgica – Enfermaria Pediátrico	12	153	R$ 782,00	R$ 119.646,00
UTI Adulto	40	540	R$ 1.385,00	R$ 747.900,00
UTI Pediátrico	28	378	R$ 1.385,00	R$ 523.530,00
UTI Neonatal (UTIN)	19	256,5	R$ 1.225,00	R$ 314.212,50
Intermediária Neonatal Convencional (UCINCO)	19	256,5	R$ 1.294,00	R$ 331.911,00
Intermediária Neonatal Canguru (UCINCA)	10	135	R$ 700,00	R$ 94.500,00
TOTAL	**243**			**R$ 3.231.462,00**
TIPO DE LEITOS	**Nº LEITOS**	**QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS**	**VALOR DIÁRIA DE LEITO**	**VALOR TOTAL MENSAL**
Clínica Obstétrica – Maternidade Alto Risco	13	165,75	R$ 1.105,00	R$ 183.153,75
Clínica Obstétrica – Maternidade de Risco Habitual	28	357	R$ 807,00	R$ 288.099,00
TOTAL	**41**			**R$ 471.252,75**
TOTAL DE LEITOS	**284**		**R$ 45.778,00**	**R$ 3.702.714,75**
TIPO DE LEITOS	**Nº LEITOS**	**QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS**	**VALOR DIÁRIA DE LEITO**	**VALOR TOTAL MENSAL**
U/E Sala Vermelha	18	270	R$ 2.641,00	**R$ 713.070,00**
TOTAL	**18**		**R$ 2.641,00**	**R$ 713.070,00**
TOTAL GERAL DE LEITOS	**302**			**R$ 4.415.784,75**

INCENTIVOS

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS	
50º Termo Aditivo - 01/11/2026 À 15/11/2026	
RECURSO FEDERAL	
IAC - Incentivo a contratualização	R$ 100.872,87
Incentivo Integrasus	R$ 1.705,41
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$ 224.273,52
TOTAL	**R$ 326.851,80**

CONSULTAS

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS - HIFA CACHOEIRO							
RESUMO ORÇAMENTO - 50º Termo Aditivo - 50º Termo Aditivo - 01/11/2026 À 15/11/2026							
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	20	10	10	R$ 10,00	R$ 200,00	R$ 40,00	R$ 800,00
CONSULTA EM CARDIOLOGIA PEDIATRIA	40	20	20	R$ 10,00	R$ 400,00	R$ 40,00	R$ 1.600,00
CONSULTA EM CIRURGIA GERAL ADULTO MEDIA COMPLEXIDADE	15	0	15	R$ 10,00	R$ 150,00	R$ 40,00	R$ 600,00
CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ADULTO	75	38	37	R$ 10,00	R$ 750,00	R$ 40,00	R$ 3.000,00
CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ALTA COMPLEXIDADE	5	0	5	R$ 10,00	R$ 50,00	R$ 40,00	R$ 200,00
CONSULTA EM CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA	75	52	23	R$ 10,00	R$ 750,00	R$ 40,00	R$ 3.000,00
CONSULTA EM CIRURGIA PEDIATRIA	60	60	0	R$ 10,00	R$ 600,00	R$ 40,00	R$ 2.400,00
CONSULTA EM CIRURGIA UROLOGIA ADULTO	100	65	35	R$ 10,00	R$ 1.000,00	R$ 40,00	R$ 4.000,00

CONSULTA CLÍNICA UROLOGIA ADULTO	25	15	10	R$ 10,00	R$ 250,00	R$ 40,00	R$ 1.000,00
CONSULTA EM ANESTESIOLOGIA	50	0	50	R$ 10,00	R$ 500,00	R$ 40,00	R$ 2.000,00
CONSULTA EM CARDIOLOGIA PARA RISCO CIRÚRGICO	50	0	50	R$ 10,00	R$ 500,00	R$ 40,00	R$ 2.000,00
TOTAL	**515**	**260**	**255**		**R$ 5.150,00**		**R$ 20.600,00**

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)

EXAMES

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS - HIFA CACHOEIRO								
EXAMES - 50º Termo Aditivo - 50º Termo Aditivo - 01/11/2026 À 15/11/2026								
RECURSO ESTADUAL - PORTARIA 166-R- 25/11/2024								
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**
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA (PEDIÁTRICA)	02.05.01.003-2	40	24	16	R$ 67,86	R$ 2.714,40	R$ 57,14	R$ 2.285,60
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	02.05.01.005-9	5	2	3	R$ 42,90	R$ 214,50	R$ 82,10	R$ 410,50
GRUPO ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	02.05.02.006-2	30	15	15	R$ 24,20	R$ 726,00	R$ 24,20	R$ 726,00
GRUPO ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL / ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	02.05.02.004-6	25	12	13	R$ 37,95	R$ 948,75	R$ 10,45	R$ 261,25
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	02.05.02.014-3	10	5	5	R$ 24,20	R$ 242,00	R$ 24,20	R$ 242,00
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	02.05.02.003-8	25	12	13	R$ 24,20	R$ 605,00	R$ 24,20	R$ 605,00
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO (RINS, BEXIGA)	02.05.02.005-4	5	2	3	R$ 24,20	R$ 121,00	R$ 24,20	R$ 121,00
ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	02.05.02.007-0	5	2	3	R$ 24,20	R$ 121,00	R$ 24,20	R$ 121,00
ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES	02.05.02.006-2	5	2	3	R$ 24,20	R$ 121,00	R$ 24,20	R$ 121,00

ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL	02.05.02.010-0	5	2	3	R$ 24,20	R$ 121,00	R$ 24,20	R$ 121,00
ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLÓGICA)	02.05.02.016-0	5	2	3	R$ 24,20	R$ 121,00	R$ 24,20	R$ 121,00
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	02.05.02.018-6	10	5	5	R$ 24,20	R$ 242,00	R$ 24,20	R$ 242,00
VIDEOLARINGOSCOPIA	02.09.04.004-1	40	32	8	R$ 45,50	R$ 1.820,00	R$ 35,50	R$ 1.420,00
GRUPO AUDIOMETRIA	02.11.07	125	50	75	R$ 24,75	R$ 3.093,75	R$ 19,00	R$ 2.375,00
TOTAL		**335**	**167**	**168**		**R$ 11.211,40**		**R$ 9.172,35**
Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.								

SIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS							
SIA MÉDIA - 50º Termo Aditivo - 01/11/2026 À 15/11/2026							
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	4.725	R$ 2,73	R$ 12.899,25	0	4.725
		02 - Exames Hematológicos e Hemostasia	1.499	R$ 3,64	R$ 5.456,36	0	1.499
		03 - Exames Sorológicos e Imunológicos	1.261	R$ 13,52	R$ 17.048,72	0	1.261
		04 - Exames Coprológicos	278	R$ 1,67	R$ 463,43	0	278
		05 - Exames de Uroanálise	717	R$ 3,71	R$ 2.660,07	0	717
		06 - Exames Hormonais	500	R$ 10,08	R$ 5.040,00	0	500
		07- Exames Toxicológicos ou de Monitorização Terapêutica	8	R$ 13,01	R$ 104,08	0	8
		08 - Exames Microbiológicos	293	R$ 5,20	R$ 1.523,60	0	293
		09 - Exames em Outros Líquidos Biológicos	34	R$ 2,00	R$ 68,00	0	34
		12 - Exames Imunohematológicos	106	R$ 1,45	R$ 153,70	0	106

	03 - Diagnóstico por Anatomia Patológica e Cipatologia	01 - Exames Citopatológicos	75	R$ 20,96	R$ 1.572,00	0	75
		02 - Exames Anatomopatológicos	1	R$ 92,00	R$ 92,00	0	1
	05- Diagnóstico por ultrassonografia	01-Ultrassonografia do Sistema circulatório	40	R$ 67,86	R$ 2.714,40	24	16
		01- Ultrassonografia do sistema circulatório (qualquer região anatômica).Ultrassonagrafia de Doppler de Fluxo Obstétrico	5	R$ 42,90	R$ 214,50	2	3
		02 - Ultrassonografia dos demais Sistemas	105	R$ 24,20	R$ 2.541,00	52	53
		02 - Ultrassonografia dos demais Sistemas (Abdômen Total)	20	R$ 37,95	R$ 759,00	10	10
	09- Diagnóstico em Endoscopia	04 - Videolaringoscopia	40	R$ 45,50	R$ 1.820,00	32	8
	11- Métodos Diagnósticos em Especialidades	07- Diagnóstico em Otorrinolaringologia/fonoaudiolog (Testes Vestibulares - Otoneurológicos/BERA)	40	R$ 13,51	R$ 540,40	20	20
		Grupo Audiometria	125	R$ 24,75	R$ 3.093,75	50	75
		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	515	R$ 10,00	R$ 5.150,00	260	255
TOTAL			**10.387**		**R$ 63.914,26**	**450**	**9.937**

SIA DE ALTA COMPLEXIDADE

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS - HIFA CACHOEIRO							
SIA ALTA - 50º Termo Aditivo - 01/11/2026 À 15/11/2026							
RECURSO FEDERAL							
Grupo	**Subgrupo**	**Forma Organizacional**	**Quant/ mês**	**Valor Unitário**	**Valor/mês**	**Quant 1º Vez (Acesso)**	**Quant autogestão (retorno)**
02- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	06 - Diagnóstico por tomografia	01- Tomografia da cabeça, pescoço e coluna vertebral	250	R$ 138,00	R$ 34.500,00	150	100
		02 - Tomografia do Tórax e membros superiores					
		03 - Tomografia do Abdômen, pelve e membros inferiores					
TOTAL			**250**		**R$ 34.500,00**	**150**	**100**
Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.							

OPME – PADRONIZADA

HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS			
OPME PADRONIZADA - 50º Termo Aditivo - 01/11/2026 À 15/11/2026			
RECURSO FEDERAL - VALORES DA TABELA SIGTAP			
FORMA ORGANIZAÇÃO SECUNDÁRIA	**MEDIA MENSAL**	**VALOR UNITÁRIO**	**VALOR TOTAL**
07.02.05.003-2 - CARGA P/ GRAMPEADOR LINEAR	5	R$ 254,00	R$ 1.270,00
07.02.05.004-0 - CARGA P/ GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE	5	R$ 254,00	R$ 1.270,00
07.02.05.026-1 - GRAMPEADOR CIRCULAR INTRALUMINAL	5	R$ 959,40	R$ 4.797,00
07.02.05.027-0 - GRAMPEADOR LINEAR	5	R$ 1.033,00	R$ 5.165,00
07.02.05.028-8 - GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE	5	R$ 1.033,00	R$ 5.165,00
07.02.06.001-1 - CATETER DUPLO J	25	R$ 180,00	R$ 4.500,00
TOTAL	**50**		**R$ 22.167,00**
Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.			

OPME'S NÃO PADRONIZADAS

HOSPITAL: HIFA CACHOEIRO				
OPME NÃO PADRONIZADA - 50º Termo Aditivo - 01/11/2026 À 15/11/2026				
Valores unitários conforme Portaria Nº 079-R, DE 21/07/2025				
ITEM PORTARIA N° 07961-R, 21/07/2025	**PROCEDIMENTO**	**QUANT. MÊS**	**VALOR UNITÁRIO**	**VALOR 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	TISSEL VHSD TROMBINA FIBRINOGÊNIO APROTININA	0	R$ 607,30	R$ 0,00
28	ENDOPRÓTESE VASCULAR STENT-GRAFT (PRÓTESE COM STENTT 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	5	R$ 2.000,00	R$ 10.000,00
34	AGULHA ENDOSCÓPICA	1	R$ 600,00	R$ 600,00
35	BALÃO DE DILATAÇÃO BILIOPANCREÁTICO	0	R$ 470,00	R$ 0,00

36	BALÃO EXTRATOR DE CÁLCULOS BILIOPANCREÁTICO	5	R$ 350,00	R$ 1.750,00
37	CATETER PARA DRENAGEM BILIAR	1	R$ 400,00	R$ 400,00
38	FIO GUIA PANCREATO BILIAR	1	R$ 300,00	R$ 300,00
39	PAPILÓTOMO TIPO TRIPLO LUMEN OU FACA	2	R$ 400,00	R$ 800,00
40	PRÓTESE / STENT DE VIA BILIAR	2	R$ 300,00	R$ 600,00
41	CESTO EXTRATOR DE CÁLCULO RENAL, URETERAL E BILIAR	15	R$ 500,00	R$ 7.500,00
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 FIXAÇAO 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 FIXAÇAO 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 FIXAÇAO 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 FIXAÇAO 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 FIXAÇAO 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 FIXAÇAO 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 FIXAÇAO 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 FIXAÇAO 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 FIXAÇAO 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	30	R$ 134,35	R$ 4.030,50
67	FIBRA LASER (POR UTILIZAÇÃO)	15	R$ 2.200,00	R$ 33.000,00
TOTAL		**78**		**R$ 60.501,52**

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 substitui-la; sendo pago o valor unitário disposto na Portaria vigente, conforme utilização e comprovação. Fica vedado ultrapassar o teto financeiro aqui previsto.
Obs.3 A comprovação da utilização das OPME's não padrão, dispostas na Portaria vigente, se dará obrigatoriamente pela fixação das etiquetas (Uma principal e outra em conformidade coma RDC 14, de 5 DE abril de 2011) no prontuário, além de evolução médica com descrição do ato cirúrgico e detalhamento do uso das OPME.

CIRURGIAS DE ENDOMETRIOSE

Cirurgia de Endometriose			
Plano de Trabalho - execução - 50º Termo Aditivo - 01/11/2026 À 15/11/2026			
ESPECIFICAÇÃO **CIRURGIAS**	**QUANT. MENSAL**	**VALOR UNITÁRIO**	**VALOR MENSAL**
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	02	R$ 15.393,51	R$ 30.787,02
Cirurgia de Endometriose – Grau IV	02	R$ 21.867,53	R$ 43.735,06
SUB-TOTAL	**6**		**R$ 88.526,10**
DIÁRIAS	**QUANT. MENSAL**	**VALOR UNITÁRIO**	**VALOR MENSAL**
Grau I - 06 diárias	3	R$ 977,00	R$ 2.931,00
Grau II - 06 diárias	3	R$ 977,00	R$ 2.931,00
Grau III - 07 diárias	14	R$ 977,00	R$ 13.678,00
Grau IV - 07 diárias	14	R$ 977,00	R$ 13.678,00
SUB-TOTAL	**34**		**R$ 33.218,00**
OPME'S	**QUANT. MENSAL**	**VALOR UNITÁRIO**	**VALOR MENSAL**
Pinça Ultrassônica para cirurgia de Endometriose	5	R$ 2.000,00	R$ 10.000,00
SUB-TOTAL	**5**		**R$ 10.000,00**
VALOR TOTAL PLANO DE TRABALHO			**R$ 131.744,10**

Obs. 01 : Nos quantitativos estabelecidos estão previstos as cirurgias de Estágio III e Estágio IV para fiins de orçamento não impedindo o prestador de realizar as cirurgias de Estágio I e Estágio II para atender a demanda de Regulação da SESA.

Obs. 02: 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. 03 - Para a realização do monitoramento é imprescindível a apresentação das diárias dos leitos utilizados para internação bem como a descrição cirúrgica detalhada em prontuário de acordo com o Grau de Estágio conforme Nota Técnica GES – 002/2024 se, na descrição cirúrgica de determinado paciente, houver a menção das características de patologias (pela CID-10, no código N800 (endometriose) ou subcódigos N800 (endometriose do útero), N801 (endometriose do ovário), N802 (endometriose da trompa de falópio), N803 (endometriose do peritônio pélvico), N804 (endometriose do septo retovaginal e da vagina), N805 (endometriose do intestino), N806 (endometriose em cicatriz cutânea), N808 (outra endometriose) e N809 (endometriose não especificada), E:

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

TRS

HIFA CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE (TRS) - 50º Termo Aditivo - 01/11/2026 À 15/11/2026

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)	520	R$ 251,57	R$ 130.816,40
2	03.05.01.009-3	HEMODIALISE (MÁXIM O1 SESSÃO POR SEMANA) - EXCEPCIONALIDADE	16	R$ 251,57	R$ 4.025,12
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)	6	R$ 340,32	R$ 2.041,92
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			**543**		**R$ 137.223,76**
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$
5	02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TÓRAX PA E PERFIL	3	R$ 9,50	R$ 28,50
Subtotal Exames - Radiológicos do Tórax e Mediastino			**3**		**R$ 28,50**

ITEM	COD. SIGTAP	EXAMES - ULTRASONOGRAFIA	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO TABELA SIGTAP R$	VALOR TOTAL MENSAL R$
6	02.05.02.004-6	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	3	R$ 37,95	R$ 113,85
7	02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA	3	R$ 5,15	R$ 15,45
Subtotal Exames - Ultrasonografia			**6**		**R$ 129,30**

ITEM	COD. SIGTAP	CONSULTAS - CONSULTA MÉDICAS	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO TABELA SIGTAP R$	VALOR TOTAL MENSAL R$
8	03.01.01.007-2	CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA – PROFISSIONAL MÉDICO	520	R$ 10,00	R$ 5.200,00

9	03.01.01.004-8	CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (Assistente Social, Enfermeiro, Nutricionista	40	R$ 6,30	R$ 252,00
Subtotal - Consultas - Consulta/Seguimento			**560**		**R$ 5.452,00**

A consulta na Atenção Especializada Médica (03.01.01.007-2) se refere a consulta do Médico NEFROLOGISTA (para cada sessão de dialíse 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$
10		* HEMODIÁLISE EM TRÂNSITO (Valor auxiliar para custos com Filtro Dialisador)	2	R$ 85,01	R$ 170,02
11		** HEMODIÁLISE EM GESTANTE (72 por gestante x 2 gestante/ano)	1	R$ 240,97	R$ 240,97
12		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).	2	R$ 46,80	R$ 93,60
13		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.	2	R$ 11,01	R$ 22,02
14		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.	2	R$ 43,16	R$ 86,32
Subtotal - Consultas - Consulta/Seguimento.			**9**		**R$ 612,93**

*HEMODIÁLISE EM TRÂNSITO (Valor auxiliar para custos com Filtro Dialisador) : 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-Z0DGK8 (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-Z0DGK8 (peça E-Docs 2024- F1HWVQ); ****
ANTIBIOTICOTERAPIA: Em situações de conformidade ao protocolo de Infecção de Corrente Sanguinea 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/cmed/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.
Hemodiaáise em Trânsito: Conforme Parecer Técnico GES Nº 01/2024 Terapia Renal Substitutiva Gestante, Pediátrica e em Trânsito Encaminhamento E-Docs 2023-Z0DGK8 (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$

15	04.18.01.004-8	IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE	2	R$ 200,00	R$ 400,00
16	04.18.01.006-4	IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE	2	R$ 115,81	R$ 231,62
17	04.18.01.008-0	IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC	2	R$ 400,00	R$ 800,00
Subtotal Exames - Hematológicos e Hemostasia			**6**		**R$ 1.431,62**
FONTE: 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 CONFECÇÃO 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$
18	07.02.10.001-3	CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIÁLISE	2	R$ 482,34	R$ 964,68
19	07.02.10.002-1	CATETER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE	2	R$ 64,76	R$ 129,52
Subtotal Exames - Hematológicos e Hemostasia			**4**		**R$ 1.094,20**

	QUANT. MENSAL	VALOR TOTAL MENSAL R$
TOTAL MÊS	**1131**	**R$ 145.972,31**

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 celebação do Convênio de Contratualização, o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada, conforme abaixo: **Hospitais Estruturantes:** • 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. **Hospitais Estratégicos:** • Certificação ONA 1 em 18 meses; **Hospitais de Apoio:** • 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: Hospitais Estruturantes e Estratégicos: 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	5,0

	ONA nivel 1: até 24 meses; ONA nivel 2: até 48 meses; ONA nivel 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 ≥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; • 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	10,0

	• Grupo Técnico de Humanização (GTH).	
3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente	• Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: • Identificação do Paciente; • Cirurgia Segura; • Prevenção de Úlcera de Pressão; • Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde; • Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos; • Prevenção de Quedas.	5,0
4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO		**5,0**
4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada Prioritariamente pela metodologia do NPS (*Net Promoter Score*)	Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital. Atingir resposta ótimo e bom: • ≥ 65% - 5,0 pontos; • 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos; • ≤ 61,99 – zero. OU Atingir indice 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	10,0

	considerados para a análise).	
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 ≤8% Atingir percentual: • ≤ 8,0% - 5,0 pontos; • 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos; • ≥ 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 ≤ 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 ≤ 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 ≥ 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 césarios 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 5° minuto ≤ 7.	2,0
TOTAL		**100,0**

ANEXO C – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 26/08/2026

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

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

Logradouro: RUA CORONEL GUARDIA Número: 100 Complemento: PREDIO

Bairro: CENTRO Município: 320120 - CACHOEIRO DE UF: ES

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

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: FLAVIA ABILIO ALMEIDA

Cadastrado em: 17/12/2003 Atualização na base local: 04/08/2026 Última atualização Nacional: 18/08/2026

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

ENDERECO 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

HIFA - CENTRO DE CUIDADOS

Logradouro	Número	Complemento	Bairro
DOUTOR ARISTIDES CAMPOS	28		ESTELITA COELHO MARI

Uf	Município	Cep	Telefone	E-mail	Data Ativação	Data
ES	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	29301661	21015607	contabilidade@hifa.org.br	15/06/2026	

Serviço	Classificação	Tipo
130	001	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	2	0
SALA DE CIRURGIA	1	1
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
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	PROPRIO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
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 HORMONAIS	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
130 - 001	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-HEMODIALISE	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
AUDIOLOGIA			
IMITANCIOMETRO	2	2	SIM
DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
ARCO CIRURGICO	1	1	SIM
RAIO X DIGITAL	3	3	SIM
RAIO X MOVEL	1	1	SIM
TOMOGRAFO COMPUTADORIZADO 128 CANAIS	1	1	SIM
Ultrassom Convencional	1	1	SIM
Ultrassom Doppler Colorido	2	2	SIM
DIALISE			
APARELHO DE HEMODIALISE - AMBULATORIAL	40	40	SIM
APARELHO DE HEMODIALISE - HOSPITALAR	2	2	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
AR CONDICIONADO	30	30	SIM
Grupo Gerador	2	2	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	10	10	SIM
Eletroencefalografo	2	2	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			

Endoscopio Digestivo	1	1	SIM
Endoscopio das Vias Respiratorias	1	1	SIM
Endoscopio das Vias Urinarias	1	1	SIM
Laparoscopio/Vídeo	1	1	SIM
Microscopio Cirurgico	1	1	SIM
MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	37	37	SIM
Bilirrubinometro	3	3	SIM
Bomba de Infusao	404	404	SIM
DESFIBRILADOR CONVENCIONAL	23	23	SIM
Equipamento de Fototerapia	20	20	SIM
Incubadora	20	20	SIM
MONITOR MULTIPARAMETRO	3	3	SIM
Marcapasso Temporario	2	2	SIM
Monitor de ECG	65	65	SIM
Monitor de Pressao Invasivo	75	75	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	35	35	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	110	100	SIM
Respirador/Ventilador	90	90	SIM
ODONTOLOGIA			
Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato	1	1	SIM

CADEIRA ODONTOLOGICA COMPLETA	1	1	SIM
Caneta de Alta Rotacao	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 Hememtologia	Pre. transfusionais	Hemostasia	Controle de qualidade	Biologia molecular	Imuno fenotipagem

NÚMERO DE SALAS - ATENDIMENTO

Transfusão	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

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ESPEC - CIRURGICO		
CIRURGIA GERAL	20	20
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	40	40
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	21	21
OBSTETRICIA 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	23/07/2026	18/08/2026
1902	VASECTOMIA	LOCAL	03/2025	99/9999	RESOLUCAO 036/2023	09/03/2026	0	23/07/2026	18/08/2026
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

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data do Lançamento	Data da Atualização
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	23/07/2026	18/08/2026

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: --