



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 011/2022**

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-W1F04

**3º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 011/2022, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE ESPÍRITO SANTO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E A CASA DE NOSSA SENHORA APARECIDA - HOSPITAL MATERNIDADE SÃO MATEUS, VISANDO O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (SUS/ES).**

O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, doravante denominado **CONCEDENTE**, órgão da Administração Direta do Poder Executivo, inscrita no CNPJ: 27.080.605/0001-96, com sede na rua Engenheiro Guilherme José Monjardim Varejão, nº 255, Ed. Enseada Plaza, Enseada do Suá, Vitória - ES, CEP: 29050-360, no uso de suas atribuições de gestora do **FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FES**, inscrita no CNPJ: 06.893.466/0001-40, representada neste ato pelo Subsecretário de Estado de Contratação em Saúde **ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**, Brasileiro, Divorciado, Servidor Público Estadual, CPF: 926.326.297-72, nomeado pelo Decreto nº 094-S, de 01/01/2019 e, do outro lado a **CASA DE NOSSA SENHORA APARECIDA - HOSPITAL MATERNIDADE SÃO MATEUS** caracterizado como hospital filantrópico, inscrito no CNPJ sob nº 27.993.427/0001-94, situado na Rua Coronel Constantino Cunha, nº 1995, Bairro Ideal, São Mateus/ES, doravante denominado(a) **CONVENIENTE**, neste ato representado por seu Representante Legal o Sr. **JOSÉ FERNANDES MAGNAGO DE JESUS**, inscrito no CPF sob o nº 364.046.247-53, resolvem celebrar o 3º 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 30/12/2013 e Portarias de Consolidação nº 1, nº 2, nº 3 e nº 5, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria Estadual 076-R, de 19 de maio de 2022, que tratam das normas sobre as políticas nacionais e estadual de saúde do Sistema Único de Saúde, nas correspondentes Lei de Diretrizes Orçamentárias Nº 11.677, 27/07/22; Lei Orçamentária Anual- LOA Nº 11.767, 28/12/22 e demais normas e legislação específica mediante as Cláusulas e condições que se seguem:

DULCE  
LOUREIRO  
MARCULANO  
89127927768  
Assinatura de forma digital  
por DULCE LOUREIRO  
MARCULANO  
Data: 2023.05.22  
11:49:22 -05'00'

Rua Engenheiro Guilherme José Monjardim Varejão, nº255 Ed. Enseada Plaza, Enseada do Suá, Vitória – ES  
CEP: 29.050-360 - (27) 3347-5689 – (27) 3347-5684

[www.saude.es.gov.br](http://www.saude.es.gov.br)



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

**1.1** - O presente Termo Aditivo ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO que tem por objeto **(a)** Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº 443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11/05/2023, e **(b)** acréscimo financeiro de **R\$ 153.818,10** (cento e cinquenta e três mil, oitocentos e dezoito reais e dez centavos), referente Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº 443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11/05/2023, conforme Documento Descritivo – DODE.

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

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO DA CLAÚSULA SEXTA**

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

**6.1**- O valor total do presente **Convênio de Contratualização** passa a ser de **R\$ 7.771.374,76** (sete milhões, setecentos e setenta e um mil, trezentos e setenta e quatro reais e sessenta e seis centavos).

**6.1.1** - O Recurso Financeiro aplicado ao **Convênio de Contratualização** inicial foi de **R\$ 7.431.888,48** (sete milhões, quatrocentos e trinta e um mil, oitocentos e oitenta e oito reais e quarenta e oito centavos).

**6.1.2** - O Recurso Financeiro aplicado ao **1º Termo Aditivo** foi de **R\$ 100.000,00** (cem mil reais).

**6.1.3** - O Recurso Financeiro aplicado ao **2º Termo Aditivo** foi de **R\$ 85.668,18** (oitenta e cinco mil, seiscentos e sessenta e oito reais e dezoito centavos).

**6.1.4** - O Recurso Financeiro aplicado ao **3º Termo Aditivo** será de **R\$ 153.818,10** (cento e cinquenta e três mil, oitocentos e dezoito reais e dez centavos).

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

**6.2.1** - Para a execução do convênio de contratualização, a **CONVENIENTE** receberá recursos financeiros de **R\$ 2.011.790,22** (dois milhões, onze mil, setecentos e noventa reais e vinte 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\$ 1.960.640,79** (um milhão, novecentos e sessenta mil, seiscentos e quarenta reais e setenta e nove centavos), e será transferida à **CONVENIENTE** em parcela mensal no mês de **maio/2023** no valor de **R\$ 756.092,33** (setecentos e cinquenta e seis mil, noventa e dois reais e trinta e três centavos) com

DULCE LOUREIRO  
MARCUANO.89127927768  
Assinado de forma digital por DULCE LOUREIRO MARCUANO.89127927768  
Dados: 2023.05.22 11:40:54 -03'00'



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE**

Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11/05/2023 em **parcela única no valor de R\$ 153.818,10** (cento e cinquenta e três mil, oitocentos e dezoito reais e dez centavos), e em parcelas mensais no valor de **R\$ 602.274,23** (seiscentos e dois mil, duzentos e setenta e quatro reais e vinte e três centavos) **no período de junho a julho/2023**, conforme o quadro de detalhamento, e oneram recursos de transferência da União ao Fundo Estadual de Saúde e recursos próprios da CONCEDENTE.

**6.2.3-** Oitenta por cento (80%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 1.599.276,25** (um milhão, quinhentos e noventa e nove mil, duzentos e setenta e seis reais e vinte e cinco centavos), em parcela mensal no mês de **maio/2023** no valor de **R\$ 635.637,48** (seiscentos e trinta e cinco mil, seiscentos e trinta e sete reais e quarenta e oito centavos) com Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11/05/2023 em parcela única no valor de **R\$ 153.818,10** (cento e cinquenta e três mil, oitocentos e dezoito reais e dez centavos), e em parcelas mensais no valor de **R\$ 481.819,38** (quatrocentos e oitenta e um mil, oitocentos e dezenove reais e trinta e oito centavos) **no período de junho a julho/2023**, é fixo e repassado mensalmente.

**6.2.4-** Vinte por cento (20%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 361.364,54** (trezentos e sessenta e um mil, trezentos e sessenta e quatro reais e quarenta e quatro centavos), em parcelas mensais de **R\$ 120.454,85** (cento e vinte mil, quatrocentos e cinquenta e quatro reais e oitenta e cinco 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, Terapias, Procedimentos, APAC's, OPME's de Alta Complexidade e Cirurgias Eletivas Extras será repassado ao HOSPITAL, à posteriori, (pós-produção, aprovação, processamento), de acordo com a produção mensal aprovada pela SESA, respeitado o limite do Termo Aditivo do convênio contratualização para esses serviços e, conforme programação disposta no Documento Descritivo, estimando-se um valor de **R\$ 51.149,43** (cinquenta e um mil, cento e quarenta e nove reais e quarenta e três centavos), por 3 (três meses, em parcelas mensais estimadas de **R\$ 17.049,81** (dezessete mil, quarenta e nove reais e oitenta e um centavos).

**6.2.8-** A FPO – Ficha de Programação Orçamentária – para procedimentos ambulatoriais de

DULCE LOUREIRO  
MARCULANO:89127927768  
Assinado em forma digital por DULCE LOUREIRO MARCELINO em 2023.05.22 11:43:57 -03'00'

Rua Engenheiro Guilherme José Monjardim Varejão, nº255 Ed. Enseada Plaza, Enseada do Suá, Vitória – ES

CEP: 29.050-360 - (27) 3347-5689 - (27) 3347-5684

[www.saude.es.gov.br](http://www.saude.es.gov.br)



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE**

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.

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

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

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

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

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

**PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

| <b>COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL</b>                                                                       |                        |                                 |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------------|
| <b>PRÉ-FIXADO 80%</b>                                                                                                | <b>Maio/2023 (R\$)</b> | <b>Junho a julho/2023 (R\$)</b> | <b>Total (R\$)</b> |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                                       | R\$ 421.121,47         | R\$ 842.242,94                  | R\$ 1.263.364,42   |
| Incentivo Federal - IAC - <b>Recurso Federal</b>                                                                     | R\$ 57.736,03          | R\$ 115.472,06                  | R\$ 173.208,10     |
| Incentivo Federal - INTEGRASUS - <b>Recurso Federal</b>                                                              | R\$ 2.961,88           | R\$ 5.923,76                    | R\$ 8.885,64       |
| Portaria MS nº443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11/05/2023- Parcela Única - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 153.818,10         | R\$ -                           | R\$ 153.818,10     |

DULCE LOUREIRO  
MARCUANO:89127927  
768  
Assinado de forma digital por  
DULCE LOUREIRO  
MARCUANO:89127927768  
Data: 2023.05.23 11:48:31 -03'00'

Rua Engenheiro Guilherme José Monjardim Varejão, nº255 Ed. Enseada Plaza, Enseada do Suá, Vitória – ES

CEP: 29.050-360 - (27) 3347-5689 – (27) 3347-5684

[www.saude.es.gov.br](http://www.saude.es.gov.br)



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

|                                                                         |                 |                          |                  |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------|------------------|
| SUBTOTAL - Recurso Estadual                                             | R\$ 421.121,47  | R\$ 842.242,94           | R\$ 1.263.364,42 |
| SUBTOTAL - Recurso Federal                                              | R\$ 214.516,01  | R\$ 121.395,82           | R\$ 335.911,84   |
| TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL                                     | R\$ 635.637,48  | R\$ 963.638,77           | R\$ 1.599.276,25 |
| PRÉ-FIXADO 20%                                                          | Maio/2023 (R\$) | Junho a julho/2023 (R\$) | Total (R\$)      |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual | R\$ 105.280,37  | R\$ 210.560,74           | R\$ 315.841,10   |
| Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal                               | R\$ 14.434,01   | R\$ 28.868,02            | R\$ 43.302,02    |
| Incentivo Federal - INTEGRASUS - Recurso Federal                        | R\$ 740,47      | R\$ 1.480,94             | R\$ 2.221,41     |
| SUBTOTAL - Recurso Estadual                                             | R\$ 105.280,37  | R\$ 210.560,74           | R\$ 315.841,10   |
| SUBTOTAL - Recurso Federal                                              | R\$ 15.174,48   | R\$ 30.348,96            | R\$ 45.523,43    |
| TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL                                     | R\$ 120.454,85  | R\$ 240.909,69           | R\$ 361.364,54   |
| TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL                                             | R\$ 526.401,84  | R\$ 1.052.803,68         | R\$ 1.579.205,52 |
| TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL                                              | R\$ 229.690,49  | R\$ 151.744,78           | R\$ 381.435,27   |
| TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL                                   | R\$ 756.092,33  | R\$ 1.204.548,46         | R\$ 1.960.640,79 |

|                                                                                         |                 |                          |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------|------------------|
| COMPONENTE PÓS-FIXADO                                                                   | Maio/2023 (R\$) | Junho a julho/2023 (R\$) | Total (R\$)      |
| Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média complexidade - Recurso Estadual | R\$ 17.049,81   | R\$ 34.099,62            | R\$ 51.149,43    |
| TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL                                                               | R\$ 17.049,81   | R\$ 34.099,62            | R\$ 51.149,43    |
| TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL                                                                | R\$ -           | R\$ -                    | R\$ -            |
| TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL                                                   | R\$ 17.049,81   | R\$ 34.099,62            | R\$ 51.149,43    |
| TOTAL DO CONVÊNIO                                                                       | R\$ 773.142,14  | R\$ 1.238.648,08         | R\$ 2.011.790,22 |

DULCE LOUREIRO - Assinado de forma digital por  
MARCELANO:8912 - DULCE LOUREIRO  
7927768 - MARCELANO:8912/227768  
- Dados: 2023.05.22 11:18:55 -03'00'



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE**

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO DOS DADOS BANCÁRIOS**

**3.1-** A CONCEDENTE transferirá os recursos previstos na cláusula sexta em favor da CONVENIENTE, em conta bancária específica no BANESTES, Agência 0135, C/C nº.3558944-9, vinculada a este instrumento, somente sendo permitidos saques para o pagamento de despesas previstas no Documento Descritivo - DODE.

**CLÁUSULA QUARTA- INCLUSÃO NA CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES**

**5.1.1 - DA PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

**I. Proteção de dados, coleta e tratamento.** Sempre que tiverem acesso ou realizarem qualquer tipo de tratamento de dados pessoais, as partes, seja o Município conveniente ou o terceiro contratado para a execução do objeto convênio, comprometem-se a envidar todos os esforços para resguardar e proteger a intimidade, vida privada, honra e imagem dos respectivos titulares, observando as normas e políticas internas relacionadas a coleta, guarda, tratamento, transmissão e eliminação de dados pessoais, especialmente as previstas na Lei Federal nº 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais”), no Decreto Estadual nº 4922-R, de 09 de julho de 2021, e demais normas legais e regulamentares aplicáveis, nos termos das cláusulas adiante estabelecidas.

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

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

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

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

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

DULCELOUREIRO  
MARCULANO:891279277  
68



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE**

a obrigações de sigilo e confidencialidade.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DULCE LOUREIRO  
MARCULANO:891279  
27768

Assinado eletronicamente por  
DULCE LOUREIRO  
MARCULANO:89127927768  
Data: 2023.05.22 11:49:55 -03'00'



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE**

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

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

**CLÁUSULA QUINTA- DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES**

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

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

Vitória/ES, 26 de Maio de 2023

**CONCEDENTE:**

**ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**  
**SUBSECRETÁRIO DE ESTADO DE CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE**

**CONVENIENTE:**

DULCE LOUREIRO  
MARCULANO: 89127927768

Assinado de forma digital por DULCE  
LOUREIRO MARCULANO: 89127927768  
Dados: 2023.05.22 11:50:26 -03'00'

**JOSÉ FERNANDES MAGNAGO DE JESUS**  
**PRESIDENTE DO HOSPITAL**

**TESTEMUNHAS:**

1ª) \_\_\_\_\_  
CPF:

2ª) Xilim Victor de Magalhães  
CPF: 147.301.827-74



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

---

**DECLARAÇÃO**

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **3º Termo Aditivo ao Convênio de contratualização nº. 011/2022** foi celebrado e formalizado em estrita observância ao que estabelecem o Decreto Estadual nº. 1.242-R, de 21 de novembro de 2003 e a Portaria Ministerial nº 3410/2013, bem como que os recursos estão devidamente adequados com a Lei Orçamentária Anual em vigor e compatíveis com o Plano Plurianual, não ferindo princípios constantes na Lei Complementar nº. 101/2000-Lei de Responsabilidade Fiscal tendo sido rigorosamente atendidos os requisitos para celebração e em especial as situações de adimplência e regularidade de situação do Conveniente.

Declaro ainda que a despesa referente ao **3º Termo Aditivo ao Convênio de Contratualização nº.011/2022** correrá à conta do orçamento do Fundo Estadual de Saúde da CONCEDENTE conforme especificado abaixo:

- Programa de Trabalho 10.302.0047.2325 - Contratualização de Serviços de Saúde Complementar
- UG: 440.901
- Gestão: 44901
- Natureza de Despesa: 3.3.90.39.00
- Fonte de Recursos: 1500100200 e/ou 16000000000 e/ou 2659000011

Vitória, 26 de Maio de 2023.

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

## **ESTRUTURA ADMINISTRATIVA**

José Fernandes Magnago de Jesus  
**PRESIDENTE**

Dirlei Pereira Barbosa Guimarães  
**VICE-PRESIDENTE**

Dulce Loureiro Marculano  
**DIRETORA ADMINISTRATIVA**

Emanuelle Cosme Assad  
**DIRETOR TÉCNICO**

Robson de Carli Favalessa  
**DIRETOR CLÍNICO**



DULCE  
LOUREIRO  
MARCULANO:8  
9127927768

Assinado de forma digital  
por DULCE LOUREIRO  
MARCULANO:8  
Data: 2023.05.22  
11:52:13 -03'00'

## SUMÁRIO

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| I – IDENTIFICAÇÃO.....                                                          | 04 |
| II – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL.....                                      | 05 |
| III – CNES .....                                                                | 05 |
| IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS .....                                                 | 05 |
| V – PERFIL ASSISTENCIAL .....                                                   | 06 |
| VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS .....                                | 06 |
| VII – ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS .....                                     | 07 |
| VIII – METAS ASSISTENCIAIS .....                                                | 07 |
| IX – DETALHAMENTO DAS METAS DISPONIBILIZADAS PARA O<br>COMPLEXO REGULADOR ..... | 08 |
| X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO.....                                         | 08 |
| XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS ....                       | 13 |
| APROVAÇÃO .....                                                                 | 14 |
| ANEXOS .....                                                                    | 15 |

## I - IDENTIFICAÇÃO

|                                                                   |                        |                                                                                   |                      |            |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|
| <b>Conveniente</b>                                                |                        |                                                                                   | <b>CNPJ</b>          |            |
| Casa de Nossa Senhora Aparecida / Hospital Maternidade São Mateus |                        |                                                                                   | 27. 993. 427/0001-94 |            |
| <b>Endereço</b>                                                   |                        | <b>Município</b>                                                                  | <b>UF</b>            | <b>CEP</b> |
| Rua Coronel Constantino Cunha, nº 1995 – Bairro: Fátima           |                        | São Mateus                                                                        | ES                   | 29933-530  |
| <b>Macrorregião</b>                                               | <b>Microrregião</b>    | <b>SRS</b>                                                                        | <b>CNES</b>          |            |
| Norte                                                             | São Mateus             | SRSSM                                                                             | 2484072              |            |
| <b>Telefone</b>                                                   | <b>Fax</b>             | <b>E-mail</b>                                                                     |                      |            |
| (27) 3767-7278/7279                                               |                        | diretoria@hospitalmaternidadesm.com.br/<br>contratos@hospitalmaternidadesm.com.br |                      |            |
| <b>Nome do Responsável</b>                                        |                        |                                                                                   |                      |            |
| José Fernandes Magnago de Jesus                                   |                        |                                                                                   |                      |            |
| <b>CPF</b>                                                        | <b>Função</b>          | <b>Período de execução</b>                                                        |                      |            |
| 364.046.247-53                                                    | Diretor Presidente     |                                                                                   |                      |            |
| <b>CI</b>                                                         | <b>Órgão expedidor</b> |                                                                                   |                      |            |
| 250.924                                                           | SPTC/ES                | maio/2023 a julho/2023                                                            |                      |            |
| <b>Banco</b>                                                      | <b>Agência</b>         | <b>Conta Corrente</b>                                                             | <b>Praça</b>         |            |
| Banestes                                                          | 135                    | 3558944-9                                                                         | São Mateus           |            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Missão</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Prestar assistência à saúde com atendimento humanizado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Visão</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Ser um hospital reconhecido na assistência prestada de forma humanizada, sustentável e inovadora.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Valores</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Respeito e valorização das pessoas;<br>Promoção das boas práticas profissionais e do seu constante aperfeiçoamento;<br>Utilização eficiente de recursos;<br>Responsabilidade social;<br>Transparência nos processos e nos relacionamentos.                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| O Hospital é uma instituição filantrópica, representativa na estrutura de saúde local e também para municípios próximos. Atende urgências e emergências obstétricas, exames de radiologia e internações obstétricas e de recém-nascidos (até 30 dias após o nascimento em decorrência ao parto) de baixa e média complexidade. É referência para realização de partos de risco habitual para os municípios de Conceição da Barra, Jaguaré, Mucurici, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo e São Mateus. |
| <b>Área de Abrangência</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Hospital Maternidade São Mateus atende prioritariamente a população de gestante de São Mateus, Conceição da Barra, Jaguaré, Mucurici, Pedro Canário, Pinheiros e Ponto Belo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## II - CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

|                                              |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tipo de Estabelecimento</b>               | <input checked="" type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Especializado                                                                                                                             |                                                                                                                       |
| <b>Natureza</b>                              | <input type="checkbox"/> Público <input checked="" type="checkbox"/> Filantrópico <input type="checkbox"/> Privado                                                                                           |                                                                                                                       |
| <b>Número de Leitos - CNES</b>               | Geral: 44    SUS: 28                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |
| <b>Serviço de Urgência e Emergência</b>      | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Porta Aberta –<br>(Obstetrícia)<br>Referenciado                                   |
| <b>Serviço de Maternidade</b>                | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                         | Se sim,<br>habilitado-<br>GAR<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                 |
| <b>Habilitação em Alta Complexidade</b>      | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                         | Quais:                                                                                                                |
| <b>Inserção nas Redes de Atenção a Saúde</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                         | Se sim, quais.<br>Rede Estadual Materno Infantil;<br>Rede Cegonha- Maternidade de Risco Habitual;<br>Rede bem Nascer. |
| <b>Classificação do Porte Hospitalar</b>     | <input type="checkbox"/> Estruturante<br><input type="checkbox"/> Estratégico<br><input checked="" type="checkbox"/> Apoio e/ou Maternidade<br><input type="checkbox"/> Apoio – Potencial Cirurgias Eletivas |                                                                                                                       |

## III – CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES

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

## IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este Documento Descritivo foi elaborado com o objetivo de formalizar a parceria para realização de serviços, ações e atividades de saúde no âmbito da Portaria MS 3410/2013 em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS/ES e, a Política Estadual de Contratualização definida pela Portaria Estadual nº076-R, de 19 de maio de 2022.

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

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

## V – PERFIL ASSISTENCIAL

O Perfil Assistencial poderá ser alterado de acordo com a necessidade das redes assistenciais, que serão validados através da publicação da Grade de Referência publicada 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:
  - habilitação, qualificação e disponibilidade de leitos;
  - consultas ambulatoriais especializadas para referência ambulatorial e/ou linha de cuidado – Auto Regulação Formativa Territorial – ARFT;
  - incentivos federais nos termos das respectivas normas e efetivação de repasses federais.

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

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

- 2) **PÓS-FIXADA:** será contabilizada por produção e definida com base nas tabelas de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde, vinculada a:
- exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, referentes à linha de cuidado definido na grade de referência de cada unidade hospitalar;

## 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 LEITOS                             | Nº LEITOS MENSAL |
|--------------------------------------------|------------------|
| Clínica Médica – Enfermaria Adulto         | 01               |
| Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto       | 02               |
| Clínica Médica – Enfermaria Pediátrica     | 05               |
| Clínica Obstétrica – Enfermaria Obstétrica | 20               |
| <b>TOTAL</b>                               | <b>28</b>        |

## **IX – DETALHAMENTO DAS METAS DISPONIBILIZADAS PARA O COMPLEXO REGULADOR**

### **9.1 – CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS**

Distribuição da quantidade de horas/mês da atenção especializada ambulatorial necessárias para atendimento do profissional solicitante de acordo com a grade de solicitantes vinculados ao território de abrangência.

É obrigação da entidade conveniada a disponibilização de plataformas de telemedicina e teliagnóstico próprias, assim como, a disponibilização ao usuário, por meio de acesso on-line, aos resultados de exames realizados por ela, quando necessário.

### **9.2 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO**

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

| SADT EXTERNO/GRUPO                     | Nº DE EXAMES REALIZADOS |
|----------------------------------------|-------------------------|
|                                        | TOTAL MENSAL            |
| Diagnóstico por Raio - X               | 418                     |
| Diagnóstico em Laboratório Clínico     | 159                     |
| Diagnóstico por Ultrassonografia       | 02                      |
| Métodos Diagnósticos em Especialidades | 378                     |
| <b>TOTAL GERAL</b>                     | <b>957</b>              |

O detalhamento de cada subgrupo por forma organizacional consta no anexo de SIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE.

## **X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO**

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

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

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

### 10.1 - Critérios para Avaliação das Metas

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

| Competências monitoradas | Mês de Monitoramento | Mês do encontro de contas do quadrimestre anterior, de acordo com a avaliação |
|--------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1º Quadrimestre          | Dezembro/2022        | Dezembro/2022 a Março/2023                                                    |
| 2º Quadrimestre          | Abril/2023           | Abril/2023 a Julho/2023                                                       |
| 3º Quadrimestre          | Agosto/2023          | Agosto/2023 a Novembro/2023                                                   |

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

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

|                    |     |
|--------------------|-----|
| $\geq 72$ a $< 74$ | 70% |
| $\geq 70$ a $< 72$ | 80% |
| $< 70$             | 90% |

## 10.2 Score de Indicadores de Qualidade e Desempenho Hospitalar

| DESCRIÇÃO                                                                    | META                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SCORE MAXIMO |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS</b>                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>10,0</b>  |
| 1.1. Atender a Legislação Brasileira                                         | 100% dos Alvarás e Licenças atualizadas, em até 12 meses após a assinatura do Convênio.                                                                                                                                                                                                                                                        | 5,0          |
| 1.2. Certificação Organização Nacional de Acreditação                        | Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada, conforme abaixo:<br><br><b>Hospitais de Apoio/Maternidade:</b><br>Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses.<br>Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma | 5,0          |
| <b>2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS</b>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>10,0</b>  |
| 2.1. Qualificação do Corpo Clínico                                           | 50% do Corpo Clínico atende ao requisito de possuir titulação de especialista em uma das especialidades médicas reconhecidas pelo CFM;<br>70% em até 18 meses;<br>80% em até 36 meses após a celebração do convênio de contratualização.                                                                                                       | 5,0          |
| 2.2. Qualificação do Corpo de Enfermagem e equipe multiprofissional de apoio | Apresentar Plano de Educação Continuada ativo com meta de 2 horas de treinamento/ funcionário mês – Imediato                                                                                                                                                                                                                                   | 5,0          |
| <b>3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL</b>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>20,0</b>  |
| 3.1. Eventos adversos infecciosos graves                                     | Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.                                                                                                                                                                                                                                                              | 10,0         |
| 3.2. Eventos adversos não infecciosos graves                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 5,0          |



|                                                                                                                            |                                                                                                                                  |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 3.3. Reinternações Hospitalares                                                                                            |                                                                                                                                  | 5,0                               |
| <b>4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO</b>                                                                                           |                                                                                                                                  | <b>10,0</b>                       |
| 4.1. Experiência do Usuário<br><br>Pesquisa avaliada pela metodologia do NPS ( <i>Net Promoter Score</i> ).                | Parâmetro de Transição:<br>Indicador 50 NPS no 4º mês do primeiro quadrimestre.                                                  | 10,0                              |
|                                                                                                                            | Carência dos primeiros 3 (três) meses para implantação, monitoramento e avaliação                                                |                                   |
|                                                                                                                            | Indicador padronizado a partir do segundo quadrimestre.                                                                          | <b>5 Pts</b><br>Atingir o NPS 50  |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                  | <b>10 Pts</b><br>Atingir o NPS 65 |
| <b>5. QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA</b>                                                                                         |                                                                                                                                  | <b>20,0</b>                       |
| 5.1. Proporção de gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha durante a internação para realização do parto. | 100% das gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha                                                               | 3,0                               |
| 5.2. Classificação de Risco (Manchester ou outras).                                                                        | 100% das gestantes avaliadas no protocolo de risco.                                                                              | 3,0                               |
| 5.3. Proporção de Gestantes que foram atendidas com as Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento.                     | 100% das gestantes com Partograma preenchido, Campleamento oportuno do cordão umbilical e contato pele a pele mãe/RN na 1ª hora. | 3,0                               |
| 5.4. Taxa de Cesárea                                                                                                       | Máximo de 30% de partos cesáreos                                                                                                 | 3,0                               |
| 5.6. Proporção de RN com apgar de 5º minuto menor que 7                                                                    | Máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto abaixo de 7                                                                            | 3,0                               |
| 5.7. Cobertura Vacinal na Maternidade – BCG e Hepatite B                                                                   | 100% dos RN que receberam as vacinas de BCG e Hepatite B na maternidade                                                          | 3,0                               |

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 5.8. Proporção de RN que realizaram a Triagem Neonatal Obrigatória na Maternidade (Teste do Olhinho, Coraçãozinho, Pezinho)                                                                                                        | 100% dos RN que realizaram a Triagem Neonatal Obrigatória na maternidade.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2,0          |
| <b>6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO</b>                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>15,0</b>  |
| 6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise nos indicadores abaixo:<br><br>• Internação por causas sensíveis à atenção primária;<br><br>• Média de Permanência;<br><br>• Taxa de Reinternação;<br><br>• Condições Adquiridas. | - Alcançar, até o 18º mês de assinatura do convênio, o percentil de 75% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica no perfil brasileiro.<br><br>- Alcançar, até o 24º mês de assinatura do convênio, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica. | 15,0         |
| <b>7. CONTINUIDADE DOS CUIDADOS</b>                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>5,0</b>   |
| 7.1. Acompanhamento dos pacientes após alta hospitalar                                                                                                                                                                             | Acompanhamento, nos primeiros 30 dias, os pacientes de alta, de todas as clínicas, através de <i>call center</i> ou mensagens eletrônicas com detecção de falhas de continuidade e ações para sua correção, conforme abaixo:<br>1º Quadrimestre: 20% das altas<br>2º Quadrimestre: 40% das altas<br>3º Quadrimestre: 80% das altas                                                                          | 5,0          |
| <b>8. AVALIAÇÃO E AUDITORIA</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>10,0</b>  |
| 8.2. Cumprir as Obrigações definidas no convênio de contratualização, avaliadas pela auditoria externa independente.                                                                                                               | Cumprir e manter 95% das obrigações elencadas em até 06 meses após a celebração do convênio de contratualização.                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0 a 10,0     |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>100,0</b> |

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



DULCE LOUREIRO  
MARCULANO:891  
27927768  
Assinado de forma digital por  
DULCE LOUREIRO  
MARCULANO:8912727768  
Data: 2023.05.22 11:58:13  
+03'00'

## XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL                                                                       |                       |                          |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|
| PRÉ-FIXADO 80%                                                                                                | Maio/2023 (R\$)       | Junho a julho/2023 (R\$) | Total (R\$)             |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual                                       | R\$ 421.121,47        | R\$ 842.242,94           | R\$ 1.263.364,42        |
| Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal                                                                     | R\$ 57.736,03         | R\$ 115.472,06           | R\$ 173.208,10          |
| Incentivo Federal - INTEGRASUS - Recurso Federal                                                              | R\$ 2.961,88          | R\$ 5.923,76             | R\$ 8.885,64            |
| Portaria MS nº443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11/05/2023- Parcela Única - Recurso Federal | R\$ 153.818,10        | R\$ -                    | R\$ 153.818,10          |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>                                                                            | <b>R\$ 421.121,47</b> | <b>R\$ 842.242,94</b>    | <b>R\$ 1.263.364,42</b> |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>                                                                             | <b>R\$ 214.516,01</b> | <b>R\$ 121.395,82</b>    | <b>R\$ 335.911,84</b>   |
| <b>TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                    | <b>R\$ 635.637,48</b> | <b>R\$ 963.638,77</b>    | <b>R\$ 1.599.276,25</b> |
| PRÉ-FIXADO 20%                                                                                                | Maio/2023 (R\$)       | Junho a julho/2023 (R\$) | Total (R\$)             |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual                                       | R\$ 105.280,37        | R\$ 210.560,74           | R\$ 315.841,10          |
| Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal                                                                     | R\$ 14.434,01         | R\$ 28.868,02            | R\$ 43.302,02           |
| Incentivo Federal - INTEGRASUS - Recurso Federal                                                              | R\$ 740,47            | R\$ 1.480,94             | R\$ 2.221,41            |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>                                                                            | <b>R\$ 105.280,37</b> | <b>R\$ 210.560,74</b>    | <b>R\$ 315.841,10</b>   |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>                                                                             | <b>R\$ 15.174,48</b>  | <b>R\$ 30.348,96</b>     | <b>R\$ 45.523,43</b>    |
| <b>TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                    | <b>R\$ 120.454,85</b> | <b>R\$ 240.909,69</b>    | <b>R\$ 361.364,54</b>   |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL</b>                                                                            | <b>R\$ 526.401,84</b> | <b>R\$ 1.052.803,68</b>  | <b>R\$ 1.579.205,52</b> |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL</b>                                                                             | <b>R\$ 229.690,49</b> | <b>R\$ 151.744,78</b>    | <b>R\$ 381.435,27</b>   |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                  | <b>R\$ 756.092,33</b> | <b>R\$ 1.204.548,46</b>  | <b>R\$ 1.960.640,79</b> |

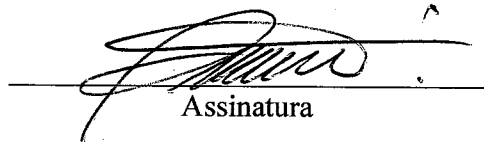
| COMPONENTE PÓS-FIXADO                                                                   | Maio/2023 (R\$)       | Junho a Julho/2023 (R\$) | Total (R\$)             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|
| Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média complexidade - Recurso Estadual | R\$ 17.049,81         | R\$ 34.099,62            | R\$ 51.149,43           |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL</b>                                                        | <b>R\$ 17.049,81</b>  | <b>R\$ 34.099,62</b>     | <b>R\$ 51.149,43</b>    |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL</b>                                                         | <b>R\$ -</b>          | <b>R\$ -</b>             | <b>R\$ -</b>            |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>                                            | <b>R\$ 17.049,81</b>  | <b>R\$ 34.099,62</b>     | <b>R\$ 51.149,43</b>    |
| <b>TOTAL DO CONVÊNIO</b>                                                                | <b>R\$ 773.142,14</b> | <b>R\$ 1.238.648,08</b>  | <b>R\$ 2.011.790,22</b> |

**APROVAÇÃO**

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de **R\$ 2.011.790,22** (dois milhões, onze mil, setecentos e noventa reais e vinte e dois centavos).

**Assinatura e carimbo da Concedente**

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

  
Assinatura

**Assinatura e carimbo da Conveniente**

Nome: **JOSÉ FERNANDES MAGNAGO DE JESUS**  
CPF: **364.046.247-53**

DULCE LOUREIRO  
MARCULANO: 89127927768

Assinado de forma digital por DULCE  
LOUREIRO  
MARCULANO: 89127927768  
Dados: 2023.05.22 11:59:48 -03'00'

Assinatura

Vitória (ES), 26 de Maio de 2023.

## **ANEXOS**

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

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

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

## ANEXO A - ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS



DULCE LOUREIRO  
MARCUANOS912792765  
Assinado de forma digital por DULCE  
LOUREIRO MARCUANOS912792765  
Data: 2023.04.23 15:01:30 -03'00'

## LEITOS HOSPITALARES

| RECURSO ESTADUAL                               |           |                        |                     |                       |
|------------------------------------------------|-----------|------------------------|---------------------|-----------------------|
| TIPO DE LEITOS                                 | Nº LEITOS | QUANTIDADE DIÁRIAS/MÊS | VALOR DIÁRIA LEITOS | VALOR TOTAL MENSAL    |
| Clínica Médica-Enfermaria Adulto               | 1         | 27,36                  | R\$ 537,00          | R\$ 14.692,32         |
| Clínica Cirúrgica-Enfermaria Adulto            | 2         | 51,68                  | R\$ 489,00          | R\$ 25.271,52         |
| Clínica Médica-Enfermaria Pediátrica           | 5         | 129,2                  | R\$ 537,00          | R\$ 69.380,40         |
| Clínica Obstétrica-Enfermaria - Risco Habitual | 20        | 516,8                  | R\$ 807,00          | R\$ 417.057,60        |
| <b>TOTAL</b>                                   | <b>28</b> |                        |                     | <b>R\$ 526.401,84</b> |

## INCENTIVOS

| RECURSO FEDERAL                           |                      |                      |                      |
|-------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| TIPO INCENTIVO                            | 80%                  | 20%                  | TOTAL                |
| IAC –<br>3.166 de 20 de dezembro de 2013) | R\$ 57.736,03        | R\$ 14.434,01        | R\$ 72.170,04        |
| INTEGRASUS                                | R\$ 2.961,88         | R\$ 740,47           | R\$ 3.702,35         |
| <b>TOTAL</b>                              | <b>R\$ 60.698,71</b> | <b>R\$ 15.174,68</b> | <b>R\$ 75.872,39</b> |

## SIA-MÉDIA COMPLEXIDADE

| RECURSO ESTADUAL                                  |                                               |                                                   |           |                |           |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------|----------------|-----------|
| Grupo                                             | Subgrupo                                      | Forma Organizacional                              | Quant/mês | Valor Unitário | Valor/mês |
| 02 -<br>PROCEDIMENTO<br>FINALIDADE<br>DIAGNÓSTICA | 02 - Diagnóstico<br>em laboratório<br>clínico | 01- Exames bioquímicos                            | 39        | 2,71           | 105,69    |
|                                                   |                                               | 02- Exames<br>hematológicos e<br>hemostasia       | 74        | 2,79           | 206,46    |
|                                                   |                                               | 03 - Exames sorológicos<br>e imunológicos         | 14        | 7,71           | 107,94    |
|                                                   |                                               | 04- Exames coprológicos                           | 5         | 1,65           | 8,25      |
|                                                   |                                               | 05- Exames de uroanálise                          | 23        | 3,7            | 85,1      |
|                                                   |                                               | 12- Exames<br>imunohematológicos                  | 4         | 1,37           | 5,48      |
|                                                   | 04 - Diagnóstico<br>por radiologia            | 01 - Exames radiológicos<br>da cabeça e pescoço   | 39        | 7,25           | 282,75    |
|                                                   |                                               | 02 - Exames radiológicos<br>da coluna vertebral   | 97        | 9,98           | 968,06    |
|                                                   |                                               | 03 - Exames radiológicos<br>do tórax e mediastino | 92        | 7,2            | 662,4     |

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

| SECRETARIA DA SAÚDE        |                                                |                                                                     |       |       |               |
|----------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------|-------|---------------|
|                            |                                                | 04- Exames radiológico cintura escapular e membros superiores       | 61    | 7,16  | 436,76        |
|                            |                                                | 05 - Exames radiológicos do abdômen e pelve                         | 2     | 7,17  | 14,34         |
|                            |                                                | 06- Exames radiológicos da cintura pélvica e dos membros inferiores | 127   | 7,18  | 911,86        |
|                            | 05 - Diagnóstico por Ultrassonografia          | 03 - Ultrassonografia dos demais sistemas                           | 2     | 25,63 | 51,26         |
|                            | 11- Métodos diagnósticos em especialidades     | 02- Diagnóstico em cardiologia                                      | 1     | 5,15  | 5,15          |
|                            |                                                | 04- Diagnóstico em ginecologia-obstetrícia                          | 44    | 1,69  | 74,36         |
|                            |                                                | 07- Diagnóstico em otorrinolaringologia                             | 333   | 15,76 | 5.248,08      |
| 03- PROCEDIMENTOS CLÍNICOS | 01 - Consultas, atendimentos e acompanhamentos | 01- Consultas médicas/outros profissionais de nível superior        | 313   | 6,30  | 1.971,90      |
|                            |                                                | 06 - Consulta/atendimento as urgências                              | 523   | 11,22 | 5.868,06      |
|                            |                                                | 10- Atendimento de enfermagem                                       | 57    | 0,63  | 35,91         |
| TOTAL GERAL                |                                                |                                                                     | 1.850 | -     | R\$ 17.049,81 |

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



DULCE LOUREIRO  
MARCULANO:891  
27927768

Assinado eletronicamente por  
DULCE LOUREIRO  
MARCULANO:891  
Data: 2013.05.21 14:09:20  
+03'00"

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

## FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO SCORE

### 1 - QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS

#### 1. 1: Atender a legislação brasileira

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>              | 100% dos Alvarás e licenças atualizados em até 12 meses após a assinatura do convênio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Objetivo</b>          | <p>Uma Organização Prestadora de Serviços de Saúde para seu funcionamento precisa atender a diversos requisitos de órgãos reguladores para garantir segurança assistencial e jurídica. Para evidenciar que se encontra regular e com as autorizações devidas para seu funcionamento precisa manter atualizados todos os documentos relacionados. Abaixo estão relacionados os documentos considerados obrigatórios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;</li><li>• Alvará de Autorização Sanitária;</li><li>• Alvará de Localização e Funcionamento;</li><li>• Certificado de Autorização de Funcionamento Farmácia (AFE) – ANVISA;</li><li>• Certificado de Inscrição de Pessoa Jurídica – CRM;</li><li>• Anotação de Responsabilidade Técnica (Médico (CRM), Enfermagem (Coren) e farmacêutico (CRF));</li><li>• Regimento interno do corpo clínico;</li><li>• Registo de todos os médicos em atividade no CRM;</li><li>• Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros – AVCB;</li></ul> <p>Primeira avaliação imediatamente antes do início da operação</p> |
| <b>Método de Cálculo</b> | $\frac{\text{Número de Alvarás e licenças atualizadas}}{\text{Número de Alvarás e licenças relacionadas}} \times 100$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Periodicidade</b>     | Contínuo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Responsável</b>       | Hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## 1. 2 – Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)

|                           |                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>               | Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada                                                                                                        |
| <b>Objetivo</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificar a unidade hospitalar, por intermédio de instituições acreditadoras, com o objetivo de melhoria nos processos de trabalho internos e estrutura física.</li> </ul> |
| <b>Forma de Evidência</b> | Certificados atualizados                                                                                                                                                                                             |
| <b>Periodicidade</b>      | Contínuo                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Responsável</b>        | Hospital                                                                                                                                                                                                             |

## 2 - QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS

### 2. 1 – Qualificação técnica do corpo clínico

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>              | 70% do corpo clínico atender ao requisito em até 18 meses; 80% em até 36 meses após a celebração do convênio de contratualização.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Objetivo</b>          | <p>Para qualquer uma das especialidades médicas reconhecidas no Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio dos seus Conselhos Regionais (CRM), reconhece como especialista e concede certificação, apenas aos médicos que apresentarem pelo menos um destes dois documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de Conclusão de Residência Médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do MEC;</li> <li>• Título de Especialista concedido por Associação ou Sociedade Brasileira da respectiva especialidade, que seja filiada à Associação Médica Brasileira (AMB) e cujo edital do concurso para Título de Especialista siga as normas da AMB e seja aprovado pela mesma.</li> </ul> |
| <b>Método de Cálculo</b> | <p>Registro: Certificados do corpo clínico ativo e Lista de médicos cadastrados no CRM</p> <p>Total de médicos com título de especialista na sua área de atuação dividido pelo Total de médicos que compõem o corpo clínico registrado no CRM x 100</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                      |          |
|----------------------|----------|
| <b>Periodicidade</b> | Mensal   |
| <b>Responsável</b>   | Hospital |

## 2. 2 – Qualificação do Corpo de Enfermagem e Equipe Multiprofissional de apoio

|                          |                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>              | Apresentar Plano de Educação Continuada ativo com meta de 2 horas de treinamento/ funcionário mês – Imediato                                                                                                            |
| <b>Objetivo</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Promover melhor qualidade assistencial por meio de treinamentos.</li> </ul>                                                                                                      |
| <b>Método de Cálculo</b> | <p>Horas de treinamento executada dividido pelo total de horas programadas no Plano x 100</p> <p>Registro em livro de Reuniões com tema abordado, data, público alvo, palestrante e horas de treinamento realizado.</p> |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Responsável</b>       | Hospital                                                                                                                                                                                                                |

## 3 - SEGURANÇA ASSISTENCIAL

### 3. 1 – Eventos adversos infecciosos graves

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>              | Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Objetivo</b>          | <p>Diminuir os Eventos Adversos Infeciosos graves. A ocorrência de eventos adversos (condições adquiridas) tem um importante impacto no sistema de saúde, contribuindo para o aumento do tempo de permanência do paciente, impactando no desfecho clínico, acarretando o aumento na morbimortalidade e aumento os custos assistenciais. Se faz necessário conhecer a abrangência e a real magnitude da sua ocorrência, para identificação de fatores associados e definição de ações para o efetivo controle do impacto dos eventos adversos no sistema de saúde local.</p> |
| <b>Método de Cálculo</b> | <p>Critério diagnostico: Anvisa</p> <p>Número Eventos Adversos Infeciosos graves ocorridos dividido pelo Número de altas hospitalares x 100</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|             |          |
|-------------|----------|
| Responsável | Hospital |
|-------------|----------|

### 3 2: Eventos adversos não infecciosos graves

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meta              | Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Objetivo          | Diminuir os Eventos Adversos não infecciosos graves. A ocorrência de eventos adversos (condições adquiridas) tem um importante impacto no sistema de saúde, contribuindo para o aumento do tempo de permanência do paciente, impactando no desfecho clínico, acarretando o aumento na morbi mortalidade e aumento os custos assistenciais. Se faz necessário conhecer a abrangência e a real magnitude da sua ocorrência, para identificação de fatores associados e definição de ações para o efetivo controle do impacto dos eventos adversos no sistema de saúde local. |
| Método de Cálculo | Número Eventos Adversos não Infecciosos graves ocorridos dividido pelo Número de altas hospitalares x 100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Periodicidade     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Responsável       | Hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

### 3 3: Reinternações Hospitalares

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meta     | Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Objetivo | Diminuir as reinternações nos primeiros 30 dias após a alta por evento adverso infecciosos adquirido no hospital e manifesto ou agravado após a alta Hospitalar ou com o mesmo diagnostico (CID) da primeira internação. A ocorrência de readmissões hospitalares nos primeiros 30 dias após a alta tem um importante impacto no sistema de saúde, contribuindo para o aumento do tempo de permanência do paciente, impactando no desfecho clínico, acarretando o aumento na mor imortalidade e aumento dos custos assistenciais. Se faz necessário conhecer a abrangência e a real magnitude da sua ocorrência, para identificação de fatores associados e definição de ações para o efetivo controle do impacto dos eventos adversos no sistema de saúde local. |



|                          |                                                                                     |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Método de Cálculo</b> | Número de readmissões em 30 dias após a alta dividido pelo<br>Número de altas x 100 |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal                                                                              |
| <b>Responsável</b>       | Hospital                                                                            |

#### 4 - EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO

##### 4.1: Experiência do Usuário

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>              | Parâmetro de Transição:<br><br>Indicador nota 50 NPS no 4º mês do primeiro quadrimestre.<br><br>Carência dos primeiros 3 (três) meses para implantação,<br>monitoramento e avaliação<br>Indicador padronizado a partir do segundo quadrimestre. |
| <b>Objetivo</b>          | Melhorar a experiência do cliente durante a jornada hospitalar.                                                                                                                                                                                 |
| <b>Método de Cálculo</b> | NPS = Respostas 9 ou 10 / Número de respondentes                                                                                                                                                                                                |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Fonte dos dados</b>   | Pesquisa com usuários – Plataforma disponibilizada pela SESA                                                                                                                                                                                    |

#### 5 - INDICADORES QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS

##### 5.1: Proporção de gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha durante a internação para realização do parto

|                          |                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>              | 100% das gestantes com a presença do acompanhante de livre<br>escolha                                                                                                                                                         |
| <b>Objetivo</b>          | Analisar o cumprimento de boas práticas pelos serviços que<br>realizam o parto                                                                                                                                                |
| <b>Método de Cálculo</b> | Nº de gestantes com acompanhante, de livre escolha, durante<br>internação para realização do parto em um dado local e<br>período/ Nº total de gestantes internadas para realização do<br>parto no mesmo local e período x 100 |

|                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| <b>Periodicidade</b>   | Quadrimestral           |
| <b>Fonte dos dados</b> | Sistema MV/ Prontuários |

### 5.2: Classificação de Risco (Manchester ou outras)

|                          |                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>              | 100% das gestantes avaliadas no protocolo de risco                                                                                                                                                            |
| <b>Objetivo</b>          | Analisar o cumprimento de boas práticas pelos serviços que realizam o parto                                                                                                                                   |
| <b>Método de Cálculo</b> | Nº de gestantes com a classificação de risco durante internação para realização do parto em um dado local e período/ Nº total de gestantes internadas para realização do parto no mesmo local e período x 100 |
| <b>Periodicidade</b>     | Quadrimestral                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Origem do dado</b>    | Sistema MV/ Prontuários                                                                                                                                                                                       |

### 5.3: Proporção de Gestantes que foram atendidas com as Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>              | 100% das gestantes com Partograma preenchido, Campeamento oportuno do cordão umbilical e contato pele a pele mãe/RN na 1ª hora                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Objetivo</b>          | Analisar o cumprimento de boas práticas pelos serviços que realizam o parto                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Método de Cálculo</b> | Nº de gestantes com realização de Epsiotomia/ Nº Partos realizados x 100;<br>Nº de gestantes com preenchimento do Partograma/ Nº Partos realizados x 100;<br>Nº de gestantes com clampeamento oportuno do cordão umbilical/ Nº Partos realizados x 100;<br>Nº de gestantes com realização de contato pele a pele mãe/RN na 1ª hora/ Nº Partos realizados x 100. |
| <b>Periodicidade</b>     | Quadrimestral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Origem do dado</b>    | Sistema MV/ Prontuários                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

#### 5.4: Taxa de Cesárea

|                          |                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>              | Máximo de 30% de partos cesáreos                                                                                                                                       |
| <b>Objetivo</b>          | Medir a ocorrência de partos cesáreos no total de partos hospitalares, a partir das informações disponíveis na base de dados do sistema de informação hospitalar - SIH |
| <b>Método de Cálculo</b> | Número de partos cesáreos em determinado local e ano/ N° total de partos no mesmo local e ano X 100                                                                    |
| <b>Periodicidade</b>     | Quadrimestral                                                                                                                                                          |
| <b>Origem do dado</b>    | SIH - SUS                                                                                                                                                              |

#### 5.5: Proporção de RN com Apgar de 5º minuto menor que 7

|                          |                                                                                                                                                           |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>              | Máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto abaixo de 7                                                                                                     |
| <b>Objetivo</b>          | Medir a ocorrência de asfixia no recém-nascido no quinto minuto de vida. Contribui na análise das condições do parto e nascimento                         |
| <b>Método de Cálculo</b> | Nº de recém-nascidos com apgar menor que 7 no quinto minuto de vida em um determinado local e ano/ N° total de recém- nascidos no mesmo local e ano x 100 |
| <b>Periodicidade</b>     | Quadrimestral                                                                                                                                             |
| <b>Origem do dado</b>    | SINASC                                                                                                                                                    |

#### 5.6: Cobertura Vacinal na Maternidade – BCG e Hepatite B

|                 |                                                                                  |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>     | 100% dos RNs que receberam as vacinas de BCG e Hepatite B na Maternidade         |
| <b>Objetivo</b> | Medir a capacidade do serviço de saúde de captar e vacinar os RNs na Maternidade |

|                          |                                                                                                 |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Método de Cálculo</b> | Nº de RNs vacinados com as vacinas BCG e Hepatite B na Maternidade / Nº de nascidos vivos x 100 |
| <b>Periodicidade</b>     | Quadrimestral                                                                                   |
| <b>Origem do dado</b>    | SI-API/SINASC                                                                                   |

### 5.7: Proporção de RN que realizaram a Triagem Neonatal Obrigatória na Maternidade (Teste do Olhinho, Coraçozinho, Pezinho)

|                          |                                                                                                                     |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>              | 100% dos RNs que realizaram a Triagem Neonatal Obrigatória na Maternidade                                           |
| <b>Objetivo</b>          | Medir a capacidade do serviço de saúde de realizar os exames de Triagem Neonatal Obrigatória                        |
| <b>Método de Cálculo</b> | Nº de RNs com os exames de Triagem Neonatal Obrigatória realizados na Maternidade/ Nº total de nascidos vivos x 100 |
| <b>Periodicidade</b>     | Quadrimestral                                                                                                       |
| <b>Origem do dado</b>    | SAI-SUS/SINASC                                                                                                      |

## 6 - EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO

### 6.1 Eficiência no uso dos recursos, com análise nos indicadores

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>              | - Alcançar, até o 18º mês de assinatura do convênio, o percentil de 75% e, até o 24º mês de assinatura do convênio, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Internação por causas sensíveis à atenção primária;</li> <li>• Média de Permanência;</li> <li>• Taxa de Reinternação;</li> <li>• Condições Adquiridas.</li> </ul> |
| <b>Objetivo</b>          | Aumentar acesso pelo uso racional dos recursos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Método de Cálculo</b> | Leitura de 100% dos prontuários com identificação, codificação DRG – emissão de relatório do sistema                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                      |                                                           |
|----------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Periodicidade</b> | Mensal                                                    |
| <b>Responsável</b>   | Comissão de Monitoramento do Convênio de Contratualização |

## 7 - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

### 7.1 Acompanhamento dos pacientes após alta hospitalar

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>              | Acompanhamento, nos primeiros 30 dias, os pacientes de alta, de todas as clínicas, através de <i>call center</i> ou mensagens eletrônicas com detecção de falhas de continuidade e ações para sua correção, conforme abaixo:<br>1º Quadrimestre: 20% das altas<br>2º Quadrimestre: 40% das altas<br>3º Quadrimestre: 80% das altas |
| <b>Objetivo</b>          | Melhorar desfechos assistenciais pela melhoria dos processos de continuidade de cuidados                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Método de Cálculo</b> | Total de pacientes acompanhados 30 dias após a alta dividido pelo total de altas no período x 100                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Responsável</b>       | Hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

## 8 - AVALIAÇÃO E AUDITORIA

### 8.1 Cumprir as obrigações definidas no convênio de contratualização, avaliadas pela auditoria externa independente

|                          |                                                                                                                  |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>              | Cumprir e manter 95% das obrigações elencadas em até 06 meses após a celebração do convênio de contratualização. |
| <b>Objetivo</b>          | Melhorar desfechos assistenciais pelo processos de continuidade de cuidados com convênio de contratualização     |
| <b>Método de Cálculo</b> | Total de obrigações cumpridas dividido pelo total de obrigações constante no Convênio de Contratualização x 100  |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal                                                                                                           |
| <b>Responsável</b>       | Comissão de Monitoramento e Auditoria Independente                                                               |

**ANEXO C – FICHA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE  
SAÚDE - CNES**

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 23/05/2023

CNES: 2484072      Nome Fantasia: HOSPITAL MATERNIDADE SAO MATEUS      CNPJ: 27.993.427/0002-75  
Nome Empresarial: CASA DE NOSSA SENHORA APARECIDA      Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS  
Logradouro: CORONEL CONSTANTINO CUNHA      Número: 1995      Complemento: --  
Bairro: FATIMA      Município: 320490 - SAO MATEUS      UF: ES  
CEP: 29933-530      Telefone: (27) 3763-2590      Dependência: INDIVIDUAL      Reg de Saúde: 0004  
Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL ESPECIALIZADO      Subtipo: MATERNIDADE      Gestão: ESTADUAL  
Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ROBSON DE CARLI FAVALESSA  
Cadastrado em: 17/12/2003      Atualização na base local: 07/02/2023      Última atualização Nacional: 21/05/2023  
Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

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

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

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

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

# Atendimento

|                     | Tipo de atendimento    | Convênio |
|---------------------|------------------------|----------|
| AMBULATORIAL        | SUS                    |          |
| AMBULATORIAL        | PARTICULAR             |          |
| AMBULATORIAL        | PLANO DE SAUDE PUBLICO |          |
| AMBULATORIAL        | PLANO DE SAUDE PRIVADO |          |
| INTERNAÇÃO          | SUS                    |          |
| INTERNAÇÃO          | PARTICULAR             |          |
| INTERNAÇÃO          | PLANO DE SAUDE PUBLICO |          |
| INTERNAÇÃO          | PLANO DE SAUDE PRIVADO |          |
| SADT                | SUS                    |          |
| SADT                | PLANO DE SAUDE PRIVADO |          |
| SADT                | PLANO DE SAUDE PUBLICO |          |
| SADT                | PARTICULAR             |          |
| URGENCIA            | SUS                    |          |
| URGENCIA            | PLANO DE SAUDE PRIVADO |          |
| URGENCIA            | PLANO DE SAUDE PUBLICO |          |
| URGENCIA            | PARTICULAR             |          |
| VIGILANCIA EM SAUDE | PLANO DE SAUDE PUBLICO |          |

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).



**Fluxo de clientela**

03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

**Endereço Complementar****Classificação Estabelecimento**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

**Atividade Principal**

01 - ASSISTENCIA A SAUDE

009 - INTERNACAO

**Grupo > Atividade Secundária**

01 - ASSISTENCIA A SAUDE &gt; 001 - CONSULTA AMBULATORIAL

01 - ASSISTENCIA A SAUDE &gt; 002 - APOIO DIAGNOSTICO

**Classificação Estabelecimento Saúde**

006 - HOSPITAL

**Informações Gerais**

Instalações físicas para assistência

|                                     | Instalação | Atde/Consultorio | Leitos/Equipamentos |
|-------------------------------------|------------|------------------|---------------------|
| URGÊNCIA E EMERGÊNCIA               |            |                  |                     |
| CONSULTORIOS MEDICOS                |            | 4                | 0                   |
| SALA DE ATENDIMENTO INDIFFERENCIADO |            | 1                | 0                   |

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

|                                                              |   |   |
|--------------------------------------------------------------|---|---|
| SALA DE CURATIVO                                             | 1 | 0 |
| SALA PEQUENA CIRURGIA                                        | 1 | 0 |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFFERENCIADO                    | 1 | 2 |
| SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO | 1 | 0 |
| AMBULATORIAL                                                 |   |   |
| CLINICAS BASICAS                                             | 2 | 0 |
| CLINICAS ESPECIALIZADAS                                      | 2 | 0 |
| SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL                                | 1 | 0 |
| SALA DE IMUNIZACAO                                           | 1 | 0 |
| SALA DE PEQUENA CIRURGIA                                     | 1 | 0 |
| SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFFERENCIADO                 | 2 | 0 |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO                           | 1 | 2 |
| HOSPITALAR                                                   |   |   |
| LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO                                | 3 | 0 |
| LEITOS RN NORMAL                                             | 1 | 2 |
| SALA DE CIRURGIA                                             | 2 | 0 |
| SALA DE CIRURGIA                                             | 1 | 0 |
| SALA DE PARTO NORMAL                                         | 5 | 0 |
| SALA DE PRE-PARTO                                            | 1 | 1 |
| SALA DE RECUPERACAO                                          | 1 | 3 |

Serviços de

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

Serviços especializados

| Código | Serviço                                             | Característica | Ambulatorial |         |     |         | Hospitalar |         |
|--------|-----------------------------------------------------|----------------|--------------|---------|-----|---------|------------|---------|
|        |                                                     |                | SUS          | Não SUS | SUS | Não SUS | SUS        | Não SUS |
| 165    | ATENCAO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA SEXUAL  | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | SIM | NÃO     | SIM        | NÃO     |
| 169    | ATENCAO EM UROLOGIA                                 | PROPRIO        | NÃO          | SIM     | SIM | SIM     | SIM        | SIM     |
| 150    | CIRURGIA VASCULAR                                   | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | NÃO | NÃO     | NÃO        | NÃO     |
| 170    | COMISSOES E COMITES                                 | PROPRIO        | SIM          | SIM     | SIM | SIM     | SIM        | SIM     |
| 148    | HOSPITAL DIA                                        | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | SIM | NÃO     | SIM        | NÃO     |
| 174    | IMUNIZACAO                                          | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | NÃO | NÃO     | NÃO        | NÃO     |
| 174    | IMUNIZACAO                                          | PROPRIO        | SIM          | SIM     | SIM | SIM     | SIM        | SIM     |
| 107    | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA                 | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | SIM | NÃO     | SIM        | NÃO     |
| 110    | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA              | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | SIM | NÃO     | SIM        | NÃO     |
| 112    | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | PROPRIO        | SIM          | SIM     | SIM | SIM     | SIM        | SIM     |

|     |                                                       |              |     |     |     |     |
|-----|-------------------------------------------------------|--------------|-----|-----|-----|-----|
| 163 | SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS                    | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | TERCEIRIZADO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     | PROPRIO      | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 122 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | PROPRIO      | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 125 | SERVICO DE FARMACIA                                   | PROPRIO      | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 128 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                                | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 131 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                               | PROPRIO      | NÃO | SIM | NÃO | SIM |
| 134 | SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES     | PROPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 134 | SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES     | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 136 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL                        | PROPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 155 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA                  | PROPRIO      | NÃO | SIM | NÃO | SIM |
| 139 | SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL                           | PROPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                      | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 146 | SERVICO DE VIDEO LAPAROSCOPIA                         | PROPRIO      | NÃO | NÃO | NÃO | SIM |
| 149 | TRANSPLANTE                                           | PROPRIO      | SIM | NÃO | SIM | NÃO |

Comissões e

| Descrição           |  |
|---------------------|--|
| ETICA DE ENFERMAGEM |  |



|                                 |
|---------------------------------|
| CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR |
| CIPA                            |
| MORTALIDADE NEONATAL            |
| ETICA MEDICA                    |
| FARMACIA E TERAPEUTICA          |
| NOTIFICACAO DE DOENCAS          |
| PADRONIZACAO DE MEDICAMENTOS    |
| REVISAO DE PRONTUARIOS          |
| MORTALIDADE MATERNA             |
| NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE |

Serviços e Classificação

| Código    | Serviço                                             | Classificação                                                | Terceiro | CNES          |
|-----------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------|---------------|
| 149 - 015 | TRANSPLANTE                                         | ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS             | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 112 - 001 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL                | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 163 - 004 | SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS                  | ADULTO                                                       | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 134 - 014 | SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES   | AROMATERAPIA                                                 | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 165 - 007 | ATENCAO AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL  | ATENC AMBULATORIAL A PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 112 - 005 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | CENTRO DE PARTO NORMAL                                       | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 146 - 002 | SERVICO DE VIDEO LAPAROSCOPIA                       | CIRURGICA                                                    | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 148 - 005 | HOSPITAL DIA                                        | CIRURGICO/DIAGNOSTICO                                        | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 107 - 004 | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA                 | DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA                           | NÃO      | NAO INFORMADO |



|           |                                                       |                                                              |     |               |
|-----------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----|---------------|
| 136 - 001 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL                        | ENTERAL                                                      | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 004 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                      | ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ | NÃO | NAO INFORMADO |
| 122 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | EXAME ELETROCARDIOGRAFICO                                    | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | EXAMES BIOQUIMICOS                                           | SIM | 2484137       |
| 145 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | EXAMES COPROLOGICOS                                          | SIM | 2484137       |
| 145 - 005 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | EXAMES DE UROANALISE                                         | SIM | 2484137       |
| 145 - 010 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS                         | SIM | 2484137       |
| 145 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA                            | SIM | 2484137       |
| 145 - 006 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | EXAMES HORMONAIS                                             | SIM | 2484137       |
| 145 - 013 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS                                    | SIM | 2484137       |
| 145 - 009 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | EXAMES MICROBIOLOGICOS                                       | SIM | 2484137       |
| 145 - 012 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL                                 | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS                            | SIM | 2484137       |
| 125 - 006 | SERVICO DE FARMACIA                                   | FARMACIA HOSPITALAR                                          | NÃO | NAO INFORMADO |
| 150 - 001 | CIRURGIA VASCULAR                                     | FISTULA ARTERIOVENOSA SEM ENXERTO                            | NÃO | NAO INFORMADO |
| 174 - 002 | IMUNIZACAO                                            | GRUPOS ESPECIAIS                                             | NÃO | NAO INFORMADO |
| 134 - 015 | SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES     | IMPOSICAO DE MAOS                                            | NÃO | NAO INFORMADO |
| 174 - 001 | IMUNIZACAO                                            | INDIVIDUOS EM GERAL                                          | NÃO | NAO INFORMADO |
| 110 - 003 | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA                | LAQUEADURA                                                   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 128 - 004 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                                | MEDICINA TRANSFUSIONAL                                       | NÃO | NAO INFORMADO |
| 163 - 001 | SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS                    | NEONATAL CONVENCIONAL                                        | NÃO | NAO INFORMADO |

|           |                                                     |                                                        |     |               |
|-----------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----|---------------|
| 170 - 001 | COMISSOES E COMITES                                 | NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE                        | NÃO | NAO INFORMADO |
| 112 - 003 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL                    | NÃO | NAO INFORMADO |
| 163 - 003 | SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS                  | PEDIATRICO                                             | NÃO | NAO INFORMADO |
| 134 - 011 | SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES   | PRATICAS MANUAIS                                       | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 019 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                    | PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO                           | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 013 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                    | PRONTO SOCORRO OBSTETRICO                              | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 012 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                    | PRONTO SOCORRO PEDIATRICO                              | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                   | RADIOLOGIA                                             | NÃO | NAO INFORMADO |
| 155 - 001 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA               | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA                  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 131 - 003 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                             | TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO              | NÃO | NAO INFORMADO |
| 139 - 004 | SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL                         | TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                   | ULTRASONOGRAFIA                                        | NÃO | NAO INFORMADO |
| 169 - 001 | ATENCAO EM UROLOGIA                                 | UROLOGIA GERAL                                         | NÃO | NAO INFORMADO |
| 110 - 004 | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA              | VASECTOMIA                                             | NÃO | NAO INFORMADO |

**Outros**

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

**Equipamentos/Rejeitos**

## Equipamentos

| Equipamento                                                | Existente | Em uso | SUS |
|------------------------------------------------------------|-----------|--------|-----|
| <b>EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA</b>                          |           |        |     |
| EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSIENTES                 | 1         | 1      | SIM |
| POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFALICO AUTOMATICO | 1         | 1      | SIM |
| <b>EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM</b>              |           |        |     |
| Raio X de 100 a 500 mA                                     | 1         | 1      | SIM |
| Ultrassom Convencional                                     | 1         | 1      | SIM |
| Ultrassom Doppler Colorido                                 | 1         | 1      | SIM |
| <b>EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA</b>                     |           |        |     |
| Grupo Gerador                                              | 2         | 2      | SIM |
| Usina de Oxigenio                                          | 1         | 1      | SIM |
| <b>EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA</b>                |           |        |     |
| Berço Aquecido                                             | 7         | 7      | SIM |
| Bilirrubinometro                                           | 6         | 6      | SIM |
| Bomba de Infusao                                           | 9         | 9      | SIM |
| Desfibrilador                                              | 4         | 4      | SIM |
| Equipamento de Fototerapia                                 | 8         | 8      | SIM |
| Incubadora                                                 | 3         | 3      | SIM |
| Monitor de ECG                                             | 2         | 2      | SIM |
| Monitor de Pressao Nao-Invasivo                            | 3         | 3      | SIM |



|                                   |   |   |     |
|-----------------------------------|---|---|-----|
| Reanimador Pulmonar/AMBU          | 9 | 9 | SIM |
| Respirador/Ventilador             | 2 | 2 | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS |   |   |     |
| Eletrocardiografo                 | 2 | 2 | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS  |   |   |     |
| Laparoscopia/Vídeo                | 2 | 2 | SIM |
| Microscopio Cirurgico             | 1 | 1 | SIM |
| OFTALMOSCOPIO                     | 1 | 1 | SIM |
| OUTROS EQUIPAMENTOS               |   |   |     |
| Aparelho de Eletroestimulacao     | 4 | 4 | SIM |
| Bomba de Infusao de Hemoderivados | 4 | 4 | SIM |

|                      |                            |  |  |
|----------------------|----------------------------|--|--|
| Resíduos/Rejeitos    | Coleta Seletiva de Rejeito |  |  |
| RESIDUOS BIOLOGICOS  |                            |  |  |
| REJEITOS RADIOATIVOS |                            |  |  |
| RESIDUOS COMUNS      |                            |  |  |

|                     |           |                   |            |
|---------------------|-----------|-------------------|------------|
| Hospitalar - Leitos |           |                   |            |
|                     | Descrição | Leitos Existentes | Leitos SUS |
| ESPEC - CIRURGICO   |           |                   |            |
| CIRURGIA GERAL      |           | 2                 | 0          |



| Descrição                         |  | Leitos Existentes | Leitos SUS |
|-----------------------------------|--|-------------------|------------|
| GINECOLOGIA                       |  | 3                 | 0          |
| OTORRINOLARINGOLOGIA              |  | 1                 | 0          |
| ESPEC - CLINICO                   |  |                   |            |
| CLINICA GERAL                     |  | 3                 | 1          |
| NEONATOLOGIA                      |  | 6                 | 5          |
| HOSPITAL DIA                      |  |                   |            |
| CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO |  | 2                 | 0          |
| OBSTETRICO                        |  |                   |            |
| OBSTETRICA CIRURGICA              |  | 19                | 17         |
| OBSTETRICA CLINICA                |  | 6                 | 5          |
| PEDIATRICO                        |  |                   |            |
| PEDIATRIA CLINICA                 |  | 2                 | 0          |

#### Incentivos

| Código | Descrição          | Competência Inicial | Competência Final | Portaria  | Data Portaria | Leitos SUS | Data da Atualização |
|--------|--------------------|---------------------|-------------------|-----------|---------------|------------|---------------------|
| 8101   | INTEGRASUS NIVEL A | 05/2002             | 99/9999           | GM Nº 878 | 08/05/2002    |            | 05/12/2007          |

Data desativação: -- Motivo desativação: --