



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 011/2022

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-W1F04

2º 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 nº 364.046.247-53, resolvem celebrar o 2º 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:

**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 nº096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº017-R, de 02/03/2023, e (b) acréscimo financeiro de **R\$ 85.668,18** (oitenta e cinco mil, seiscentos e sessenta e oito reais e dezoito centavos) referente Incorporação de Recurso Financeiro



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

referente à Portaria MS nº096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº017-R, de 02/03/2023, 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 Contratação passa a ser de **R\$ 7.617.556,66** (sete milhões, seiscentos e dezessete mil, quinhentos e cinquenta e seis reais e sessenta e seis centavos).

**6.1.1 -** O Recurso Financeiro aplicado ao Convênio de Contratação 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 será de **R\$ 85.668,18** (oitenta e cinco mil, seiscentos e sessenta e oito reais e dezoito centavos).

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

**6.2.1 -** Para a execução do convênio de contratação, a **CONVENIENTE** receberá recursos financeiros de **R\$ 3.182.288,38** (três milhões, cento e oitenta e dois mil, duzentos e oitenta e oito reais e trinta e oito centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e onerará recursos da fonte federal e estadual.

**6.2.2 -** A parcela pré-fixada importa em **R\$ 3.097.039,33** (três milhões, noventa e sete mil, trinta e nove reais e trinta e três centavos), e será transferida à **CONVENIENTE** em parcelas mensais de **R\$ 602.274,23** (seiscentos e dois mil, duzentos e setenta e quatro reais e vinte e três centavos), e no mês de **Março/2023** com incorporação de recurso financeiro referente à Portaria MS nº096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº017-R, de 02/03/2023, uma parcela única no valor total de **R\$ 85.668,18** (oitenta e cinco mil, seiscentos e sessenta e oito reais e dezoito centavos), conforme o quadro de detalhamento, e onerará 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\$ 2.494.765,10** (dois milhões, quatrocentos e noventa e quatro mil, setecentos e sessenta e cinco reais e dez centavos), e será transferida à **CONVENIENTE** em parcelas mensais de **R\$ 481.819,38** (quatrocentos e oitenta e um mil, oitocentos e dezenove reais e trinta e oito centavos), é fixo e repassado mensalmente e, no mês de **Março/2023** com incorporação de recurso financeiro referente à Portaria MS nº096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº017-R, de 02/03/2023, uma parcela única no valor total de **R\$ 85.668,18** (oitenta e cinco mil, seiscentos e sessenta e oito reais e dezoito centavos).

**6.2.4 -** Vinte por cento (20%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 602.274,23** (seiscentos e



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

dois mil, duzentos e setenta e sete reais e vinte e três 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\$ 85.249,05** (oitenta e cinco mil, duzentos e quarenta e nove reais e cinco centavos), por 5 (cinco) 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 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.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL                                                                        |                     |                                  |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|------------------|
| PRÉ-FIXADO 80%                                                                                                 | Março/2023<br>(R\$) | Abril/2023 a<br>Julho/2023 (R\$) | Total (R\$)      |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual                                        | R\$ 421.121,47      | R\$ 1.684.485,89                 | R\$ 2.105.607,36 |
| Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal                                                                      | R\$ 57.736,03       | R\$ 230.944,13                   | R\$ 288.680,16   |
| Incentivo Federal - INTEGRASUS - Recurso Federal                                                               | R\$ 2.961,88        | R\$ 11.847,52                    | R\$ 14.809,40    |
| Portaria MS nº096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº 017-R, de 02/03/2023 - Parcela Única - Recurso Federal | R\$ 85.668,18       | R\$ -                            | R\$ 85.668,18    |
| SUBTOTAL - Recurso Estadual                                                                                    | R\$ 421.121,47      | R\$ 1.684.485,89                 | R\$ 2.105.607,36 |
| SUBTOTAL - Recurso Federal                                                                                     | R\$ 146.366,09      | R\$ 242.791,65                   | R\$ 389.157,74   |
| TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL                                                                            | R\$ 567.487,56      | R\$ 1.927.277,54                 | R\$ 2.494.765,10 |
| PRÉ-FIXADO 20%                                                                                                 | Março/2023<br>(R\$) | Abril/2023 a<br>Julho/2023 (R\$) | Total (R\$)      |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual                                        | R\$ 105.280,37      | R\$ 421.121,47                   | R\$ 526.401,84   |
| Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal                                                                      | R\$ 14.434,01       | R\$ 57.736,03                    | R\$ 72.170,04    |
| Incentivo Federal - INTEGRASUS - Recurso Federal                                                               | R\$ 740,47          | R\$ 2.961,88                     | R\$ 3.702,35     |
| SUBTOTAL - Recurso Estadual                                                                                    | R\$ 105.280,37      | R\$ 421.121,47                   | R\$ 526.401,84   |
| SUBTOTAL - Recurso Federal                                                                                     | R\$ 15.174,48       | R\$ 60.697,91                    | R\$ 75.872,39    |
| TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL                                                                            | R\$ 120.454,85      | R\$ 481.819,38                   | R\$ 602.274,23   |
| TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL                                                                                    | R\$ 526.401,84      | R\$ 2.105.607,36                 | R\$ 2.632.009,20 |
| TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL                                                                                     | R\$ 161.540,57      | R\$ 303.489,56                   | R\$ 465.030,13   |
| TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL                                                                          | R\$ 687.942,41      | R\$ 2.409.096,92                 | R\$ 3.097.039,33 |

| COMPONENTE PÓS-FIXADO                                                                   | Março/2023<br>(R\$) | Abril/2023 a<br>Julho/2023 (R\$) | Total (R\$)      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|------------------|
| Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média complexidade - Recurso Estadual | R\$ 17.049,81       | R\$ 68.199,24                    | R\$ 85.249,05    |
| TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL                                                               | R\$ 17.049,81       | R\$ 68.199,24                    | R\$ 85.249,05    |
| TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL                                                                | R\$ -               | R\$ -                            | R\$ -            |
| TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL                                                   | R\$ 17.049,81       | R\$ 68.199,24                    | R\$ 85.249,05    |
| TOTAL DO CONVÊNIO                                                                       | R\$ 704.992,22      | R\$ 2.477.296,16                 | R\$ 3.182.288,38 |



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 – 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, 07 de março de 2023.

**CONCEDENTE:**

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

**CONVENIENTE:**

Dulce Loureiro Marculani  
Diretora Administrativa do  
Hospital Maternidade - SI  
CRA - ES 8567  
JOSÉ FERNANDES MAGNAGO DE JESUS  
PRESIDENTE DO HOSPITAL

**TESTEMUNHAS:**

1ª) \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2ª)   
CPF: 147.303.827-74



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**DECLARAÇÃO**

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o 2º 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 2º 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 1600000000

Vitória, 07 de março de 2023.

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

## **ANEXO I**

### **DOCUMENTO DESCRITIVO**

#### **CASA DE NOSSA SENHORA APARECIDA “HOSPITAL MATERNIDADE SÃO MATEUS”**

**CONVÊNIO Nº 011/2022 – 2º TERMO ADITIVO  
PROCESSO E- DOCS: 2022-W1F04**



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

## **ESTRUTURA ADMINISTRATIVA**

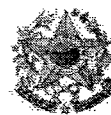
José Fernandes Magnago de Jesus  
**PRESIDENTE**

Dirlei Pereira Barbosa Guimarães  
**VICE-PRESIDENTE**

Dulce Loureiro Marculano  
**DIRETORA ADMINISTRATIVA**

Emanuelle Cosme Assad  
**DIRETOR TÉCNICO**

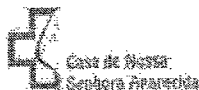
Robson de Carli Favalessa  
**DIRETOR CLÍNICO**



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

## 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 COMPLEXO REGULADOR ..... | 08 |
| X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO.....                                      | 08 |
| XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS ....                    | 13 |
| APROVAÇÃO .....                                                              | 14 |
| ANEXOS .....                                                                 | 15 |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

## 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 –<br>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                | Março/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 – (Obstetrícia) Referenciado                                         |                                  |
| <b>Serviço de Maternidade</b>                | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                         | Se sim, habilitado- 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 |                                                                                                                       |                                  |

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

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.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

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.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

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 telediagnóstico 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 às 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 |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------|
| $\geq 95$ a $< 100$  | 0%                                                                   |
| $\geq 92$ a $< 95$   | 5%                                                                   |
| $\geq 90$ a $< 92$   | 10%                                                                  |
| $\geq 88$ a $< 90$   | 15%                                                                  |
| $\geq 85$ a $< 88$   | 20%                                                                  |
| $\geq 82$ a $< 85$   | 25%                                                                  |
| $\geq 80$ a $< 82$   | 30%                                                                  |
| $\geq 78$ a $< 80$   | 40%                                                                  |

|                    |     |
|--------------------|-----|
| $\geq 76$ a $< 78$ | 50% |
| $\geq 74$ 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                                                                                                                                                                                                                                                                         | 10,0         |

|                                                                                                                            |                                                                                                                                  |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 3.2. Eventos adversos não infecciosos graves                                                                               | pela SESA.                                                                                                                       | 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 (Net Promoter Score).                         | Parâmetro de Transição:<br>Indicador 50 NPS no 4º mês do primeiro quadrimestre.                                                  | 10,0                       |
|                                                                                                                            | Carência dos primeiros 3 (três) meses por implantação, monitoramento e avaliação                                                 |                            |
|                                                                                                                            | Indicador padronizado a partir do segundo quadrimestre.                                                                          | 5 Pts<br>Atingir o NPS 50  |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                  | 10 Pts<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.

## XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL                                                                              |                     |                                  |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|------------------|
| PRÉ-FIXADO 80%                                                                                                       | Março/2023<br>(R\$) | Abril/2023 a<br>Julho/2023 (R\$) | Total (R\$)      |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade -<br>Recurso Estadual                                           | R\$ 421.121,47      | R\$ 1.684.485,89                 | R\$ 2.105.607,36 |
| Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal                                                                            | R\$ 57.736,03       | R\$ 230.944,13                   | R\$ 288.680,16   |
| Incentivo Federal - INTEGRASUS - Recurso Federal                                                                     | R\$ 2.961,88        | R\$ 11.847,52                    | R\$ 14.809,40    |
| Portaria MS nº096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº<br>017-R, de 02/03/2023 - Parcela Única - Recurso<br>Federal | R\$ 85.668,18       | R\$ -                            | R\$ 85.668,18    |
| SUBTOTAL - Recurso Estadual                                                                                          | R\$ 421.121,47      | R\$ 1.684.485,89                 | R\$ 2.105.607,36 |
| SUBTOTAL - Recurso Federal                                                                                           | R\$ 146.366,09      | R\$ 242.791,65                   | R\$ 389.157,74   |
| TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL                                                                                  | R\$ 567.487,56      | R\$ 1.927.277,54                 | R\$ 2.494.765,10 |
| PRÉ-FIXADO 20%                                                                                                       | Março/2023<br>(R\$) | Abril/2023 a<br>Julho/2023 (R\$) | Total (R\$)      |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade -<br>Recurso Estadual                                           | R\$ 105.280,37      | R\$ 421.121,47                   | R\$ 526.401,84   |
| Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal                                                                            | R\$ 14.434,01       | R\$ 57.736,03                    | R\$ 72.170,04    |
| Incentivo Federal - INTEGRASUS - Recurso Federal                                                                     | R\$ 740,47          | R\$ 2.961,88                     | R\$ 3.702,35     |
| SUBTOTAL - Recurso Estadual                                                                                          | R\$ 105.280,37      | R\$ 421.121,47                   | R\$ 526.401,84   |
| SUBTOTAL - Recurso Federal                                                                                           | R\$ 15.174,48       | R\$ 60.697,91                    | R\$ 75.872,39    |
| TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL                                                                                  | R\$ 120.454,85      | R\$ 481.819,38                   | R\$ 602.274,23   |
| TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL                                                                                          | R\$ 526.401,84      | R\$ 2.105.607,36                 | R\$ 2.632.009,20 |
| TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL                                                                                           | R\$ 161.540,57      | R\$ 303.489,56                   | R\$ 465.030,13   |
| TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL                                                                                | R\$ 687.942,41      | R\$ 2.409.096,92                 | R\$ 3.097.039,33 |

| COMPONENTE PÓS-FIXADO                                                                      | Março/2023<br>(R\$) | Abril/2023 a<br>Julho/2023 (R\$) | Total (R\$)      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|------------------|
| Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média<br>complexidade - Recurso Estadual | R\$ 17.049,81       | R\$ 68.199,24                    | R\$ 85.249,05    |
| TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL                                                                  | R\$ 17.049,81       | R\$ 68.199,24                    | R\$ 85.249,05    |
| TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL                                                                   | R\$ -               | R\$ -                            | R\$ -            |
| TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL                                                      | R\$ 17.049,81       | R\$ 68.199,24                    | R\$ 85.249,05    |
| TOTAL DO CONVÊNIO                                                                          | R\$ 704.992,22      | R\$ 2.477.296,16                 | R\$ 3.182.288,38 |

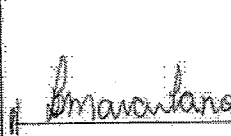
**APROVAÇÃO**

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de **R\$ 3.182.288,38** (três milhões, cento e oitenta e dois mil, duzentos e oitenta e oito reais e trinta e oito 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

  
Assinatura

Dulce Loureiro Marculano  
Diretora Administrativa do  
Hospital Maternidade - SM  
CRA - ES 8567

Vitória (ES), 07 de março de 2023.



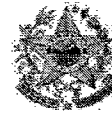
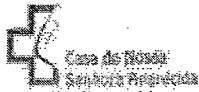
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

## **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**



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

## ANEXO A - ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

## 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> |

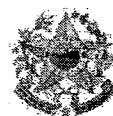
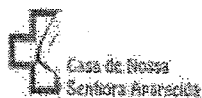
## INCENTIVOS

| RECURSO FEDERAL                                 |                      |                      |                      |
|-------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| TIPO INCENTIVO                                  | 80%                  | 20%                  | TOTAL                |
| IAC - Portaria 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/<br>mês | Valor<br>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     |
|                                                   |                                                      | 04- Exames radiológico<br>cintura escapular e<br>membros superiores       | 61            | 7,16              | 436,76    |
|                                                   |                                                      | 05 - Exames radiológicos<br>do abdômen e pelve                            | 2             | 7,17              | 14,34     |
|                                                   |                                                      | 06- Exames radiológicos<br>da cintura pélvica e dos<br>membros inferiores | 127           | 7,18              | 911,86    |
|                                                   | 05 - Diagnóstico<br>por<br>Ultrassonografia          | 03 - Ultrassonografia dos<br>demais sistemas                              | 2             | 25,63             | 51,26     |
|                                                   | 11- Métodos<br>diagnósticos em<br>especialidades     | 02- Diagnóstico em<br>cardiologia                                         | 1             | 5,15              | 5,15      |
|                                                   |                                                      | 04- Diagnóstico em<br>ginecologia-obstetrícia                             | 44            | 1,69              | 74,36     |
|                                                   |                                                      | 07- Diagnóstico em<br>otorrinolaringologia                                | 333           | 15,76             | 5.248,08  |
| 03-<br>PROCEDIMENTOS<br>CLÍNICOS                  | 01 - Consultas,<br>atendimentos e<br>acompanhamentos | 01- Consultas<br>médicas/outras<br>profissionais de nível<br>superior     | 313           | 6,30              | 1.971,90  |
|                                                   |                                                      | 06 -<br>Consulta/atendimento as<br>urgências                              | 523           | 11,22             | 5.868,06  |
|                                                   |                                                      | 10- Atendimento de<br>enfermagem                                          | 57            | 0,63              | 35,91     |
|                                                   |                                                      | TOTAL GERAL                                                               |               | 1.850             | -         |

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**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

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meta              | 100% dos Alvarás e licenças atualizados em até 12 meses após a assinatura do convênio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Objetivo          | <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>• Registro 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> |
| Método de Cálculo | $\frac{\text{Número de Alvarás e licenças atualizadas}}{\text{Número de Alvarás e licenças relacionadas}} \times 100$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Periodicidade     | Contínuo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Responsável       | Hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

## 1.2 – Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)

|                    |                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meta               | Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada                                                                                                        |
| Objetivo           | <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> |
| Forma de Evidência | Certificados atualizados                                                                                                                                                                                           |
| Periodicidade      | Contínuo                                                                                                                                                                                                           |
| Responsável        | Hospital                                                                                                                                                                                                           |

## 2 - QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS

### 2.1 – Qualificação técnica do corpo clínico

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meta              | 70% do corpo clínico atender ao requisito em até 18 meses;<br>80% em até 36 meses após a celebração do convênio de contratualização.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Objetivo          | 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: <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> |
| Método de Cálculo | Registo: Certificados do corpo clínico ativo e Lista de médicos cadastrados no CRM<br><br>$\text{Total de médicos com título de especialista na sua área de atuação} \div \text{Total de médicos que compõem o corpo clínico registrado no CRM} \times 100$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|               |          |
|---------------|----------|
| Periodicidade | Mensal   |
| Responsável   | Hospital |

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

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

## 3 - SEGURANÇA ASSISTENCIAL

### 3. 1 – Eventos adversos infecciosos graves

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meta              | Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Objetivo          | Diminuir os Eventos Adversos 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 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. |
| Método de Cálculo | <p>Critério diagnóstico: Anvisa</p> <p>Número Eventos Adversos Infecciosos graves ocorridos dividido pelo Número de altas hospitalares x 100</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Periodicidade     | 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 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. |
| Método de Cálculo | $\frac{\text{Número Eventos Adversos não Infecciosos graves ocorridos}}{\text{Número de altas hospitalares}} \times 100$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 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 diagnóstico (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 morimortalidade 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. |

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

#### 4 - EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO

##### 4.1: Experiência do Usuário

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meta              | 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. |
| Objetivo          | Melhorar a experiência do cliente durante a jornada hospitalar.                                                                                                                                                                                 |
| Método de Cálculo | $NPS = \text{Respostas 9 ou 10} / \text{Número de respondentes}$                                                                                                                                                                                |
| Periodicidade     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                          |
| Fonte dos dados   | 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

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meta              | 100% das gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha                                                                                                                                                                                     |
| Objetivo          | Analisar o cumprimento de boas práticas pelos serviços que realizam o parto                                                                                                                                                                            |
| Método de Cálculo | $N^\circ \text{ de gestantes com acompanhante, de livre escolha, durante internação para realização do parto em um dado local e período} / N^\circ \text{ total de gestantes internadas para realização do parto no mesmo local e período} \times 100$ |

|                 |                         |
|-----------------|-------------------------|
| Periodicidade   | Quadrimestral           |
| Fonte dos dados | Sistema MV/ Prontuários |

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

|                   |                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meta              | 100% das gestantes avaliadas no protocolo de risco.                                                                                                                                                            |
| Objetivo          | Analisar o cumprimento de boas práticas pelos serviços que realizam o parto.                                                                                                                                   |
| Método de Cálculo | 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. |
| Periodicidade     | Quadrimestral                                                                                                                                                                                                  |
| Origem do dado    | Sistema MV/ Prontuários                                                                                                                                                                                        |

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

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meta              | 100% das gestantes com Partograma preenchido, Clampeamento oportuno do cordão umbilical e contato pele a pele mãe/RN na 1ª hora                                                                                                                                                                                                                                  |
| Objetivo          | Analisar o cumprimento de boas práticas pelos serviços que realizam o parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Método de Cálculo | Nº de gestantes com realização de Episiotomia/ 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. |
| Periodicidade     | Quadrimestral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Origem do dado    | Sistema MV/ Prontuários                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

#### 5.4: Taxa de Cesárea

|                   |                                                                                                                                                                        |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meta              | Máximo de 30% de partos cesáreos                                                                                                                                       |
| Objetivo          | 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 |
| Método de Cálculo | $\text{Número de partos cesáreos em determinado local e ano} / \text{N}^{\circ} \text{ total de partos no mesmo local e ano} \times 100$                               |
| Periodicidade     | Quadrimestral                                                                                                                                                          |
| Origem do dado    | SIH - SUS                                                                                                                                                              |

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

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

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

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

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

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

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

**6 - EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO**

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

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meta              | - 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> |
| Objetivo          | Aumentar acesso pelo uso racional dos recursos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Método de Cálculo | Leitura de 100% dos prontuários com identificação, codificação DRG – emissão de relatório do sistema                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|               |                                                           |
|---------------|-----------------------------------------------------------|
| Periodicidade | Mensal                                                    |
| Responsável   | Comissão de Monitoramento do Convênio de Contratualização |

## 7 - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

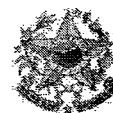
### 7.1 Acompanhamento dos pacientes após alta hospitalar

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meta              | 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 |
| Objetivo          | Melhorar desfechos assistenciais pela melhoria dos processos de continuidade de cuidados                                                                                                                                                                                                                                           |
| Método de Cálculo | Total de pacientes acompanhados 30 dias após a alta dividido pelo total de altas no período x 100                                                                                                                                                                                                                                  |
| Periodicidade     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Responsável       | Hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

## 8 - AVALIAÇÃO E AUDITORIA

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

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

CNES

Cadastro Nacional de  
Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)  
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)  
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)  
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento: Identificação

Data: 06/03/2023

CNPJ: 27.993.427/0002-75  
Nome Fantasia: HOSPITAL MATERNIDADE SAO MATEUS  
Natureza Jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS  
Número: 1995 Complemento: UF: ES  
Município: 320490 - SAO MATEUS Reg de Saúde: 0004  
Gestão: ESTADUAL  
Dependência: INDIVIDUAL  
Subtipo: MATERNIDADE  
Telefone: (27) 3763-2590  
CNP: 29933-530  
Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL ESPECIALIZADO  
Diretor Clínico/Cerente/Administrador: ROBSON DE CARLI FAVALESSA  
Cadastrado em: 17/12/2003 Atualização na base local: 07/02/2023  
Última atualização Nacional: 03/03/2023  
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 |

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

| Atividade           | Nível de atenção       | Gestão   |
|---------------------|------------------------|----------|
| HOSPITALAR          | MEDIA COMPLEXIDADE     | ESTADUAL |
| <b>Atendimento</b>  |                        |          |
| Tipo de atendimento | Convênio               |          |
| AMBULATORIAL        | SUS                    |          |
| AMBULATORIAL        | PARTICULAR             |          |
| AMBULATORIAL        | PLANO DE SAUDE PUBLICO |          |
| AMBULATORIAL        | PLANO DE SAUDE PRIVADO |          |
| INTERNACAO          | SUS                    |          |
| INTERNACAO          | PARTICULAR             |          |
| INTERNACAO          | PLANO DE SAUDE PUBLICO |          |
| INTERNACAO          | 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 CINES (<http://cines.datasus.gov.br>).

|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| Fluxo de clientela                                    |
| 03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA |

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE 009 - INTERNACAO

|                                                        |
|--------------------------------------------------------|
| Grupo > Atividade Secundária                           |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO     |

Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

| Instalação                         | Qtd./Consultório | Leitos/Equipamentos |
|------------------------------------|------------------|---------------------|
| URGÊNCIA E EMERGÊNCIA              | 4                | 0                   |
| CONSULTÓRIOS MÉDICOS               | 1                | 0                   |
| SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO | 1                | 0                   |
| SALA DE CURATIVO                   | 1                | 0                   |
| SALA PEQUENA CIRURGIA              | 1                | 0                   |

|                                                              |   |   |
|--------------------------------------------------------------|---|---|
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO                     | 1 | 2 |
| SAIA 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 - INDIFERENCIADO                  | 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 | PRÓPRIO        |

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

|                                                        |                        |
|--------------------------------------------------------|------------------------|
| FARMACIA                                               | PROPRIO                |
| LAVANDERIA                                             | PROPRIO                |
| NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)                          | PROPRIO                |
| S.A.M.E. OU S.P.P. (Serviço de Prontuário de Paciente) | PROPRIO                |
| SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS                  | PROPRIO E TERCEIRIZADO |
| SERVICO SOCIAL                                         | PROPRIO                |

Serviços especializados

| Codigo | Serviço                                             | Característica | Ambulatorial |         | Hospitalar |         |
|--------|-----------------------------------------------------|----------------|--------------|---------|------------|---------|
|        |                                                     |                | SUS          | Não SUS | SUS        | Não SUS |
| 165    | ATENCAO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL  | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | SIM        | NÃO     |
| 166    | ATENCAO EM UROLOGIA                                 | PROPRIO        | NÃO          | SIM     | SIM        | SIM     |
| 169    | CIRURGIA VASCULAR                                   | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | NÃO        | NÃO     |
| 170    | COMISSOES E COMITES                                 | PROPRIO        | SIM          | SIM     | SIM        | SIM     |
| 148    | HOSPITAL DIA                                        | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | SIM        | NÃO     |
| 174    | IMUNIZACAO                                          | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | NÃO        | NÃO     |
| 174    | IMUNIZACAO                                          | PROPRIO        | SIM          | SIM     | SIM        | SIM     |
| 107    | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA                 | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | SIM        | NÃO     |
| 110    | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA              | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | SIM        | NÃO     |
| 112    | SERVICO DE ATENCAO AO PRÉ-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | PROPRIO        | 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     |

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

|     |                                                       |              |  |     |     |     |     |
|-----|-------------------------------------------------------|--------------|--|-----|-----|-----|-----|
| 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 |
| 138 | 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 INFECÇÃO HOSPITALAR |
| CIPA                            |

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

|                                 |
|---------------------------------|
| MORTALIDADE NEONATAL            |
| ÉTICA MÉDICA                    |
| FARMÁCIA E TERAPÊUTICA          |
| NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS          |
| PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS    |
| REVISÃO DE PRONTUÁRIOS          |
| MORTALIDADE MATERNA             |
| NUCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE |

Serviços e Classificação

| Código    | Serviço                                             | Classificação                                                | Terceiro | QNES          |
|-----------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------|---------------|
| 149 - 015 | TRANSPLANTE                                         | ACQES 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 SITUAÇÃO DE VIOLENCIA SEXUAL  | ATENC AMBULATORIAL A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA SEXUAL | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 132 - 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 |

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

|           |                                                       |                                     |     |               |
|-----------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----|---------------|
| 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 LQUIDOS 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 MICROBIOLÓGICOS              | 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                                            | INDIVÍDUOS 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 |
| 183 - 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 |

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

|           |                                                   |                                                        |     |               |
|-----------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----|---------------|
| 169 - 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 ORTOPEDIA              | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA                   | 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 DOENÇAS CONGENITAS | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                 | ULTRASSONOGRAFIA                                       | 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 ESPECIALIZADO                 | HOSPITAL ESPECIALIZADO | ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS) |
| Hospital avaliado segundo o NDAH do MS |                        |                                                                                    |
| NÃO                                    |                        |                                                                                    |

Equipamentos/Refeitos

## Equipamentos

| Equipamento                                                | Existente | Em uso | SUS |
|------------------------------------------------------------|-----------|--------|-----|
| EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA                                 |           |        |     |
| EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSIENTES                 |           |        |     |
| POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFALICO AUTOMATICO | 1         | 1      | SIM |
| EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     | 1         | 1      | SIM |
| Raio X de 100 a 500 mA                                     |           |        |     |
| Ultrassom Convencional                                     | 1         | 1      | SIM |
| Ultrassom Doppler Colorido                                 | 1         | 1      | SIM |
| EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA                            | 1         | 1      | SIM |
| Grupo Gerador                                              |           |        |     |
| Usina de Oxigenio                                          | 2         | 2      | SIM |
| EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA                       | 1         | 1      | SIM |
| 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 |

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

|                                   |   |   |     |
|-----------------------------------|---|---|-----|
| Reanimador Pulmonar/AMBU          | 9 | 9 | SIM |
| Respirador/Ventilador             | 2 | 2 | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS |   |   |     |
| Elefocardiografo                  | 2 | 2 | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS  |   |   |     |
| Laparescopio/Video                | 2 | 2 | SIM |
| Microscopio Cirurgico             | 1 | 1 | SIM |
| OFTALMOSCOPIO                     | 1 | 1 | SIM |
| OUTROS EQUIPAMENTOS               |   |   |     |
| Aparelho de Electroestimulacao    | 4 | 4 | SIM |
| Bomba de Infusao de Hemoderivados | 4 | 4 | SIM |
| Resíduos/Rejeitos                 |   |   |     |
| Coleta Seletiva de Rejeito        |   |   |     |
| RESIDUOS BIOLOGICOS               |   |   |     |
| REJEITOS RADIOATIVOS              |   |   |     |
| RESIDUOS COMUNS                   |   |   |     |

Dialise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

### Hemoterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

### Hospitalar - Leitos

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

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

### Habilitações

| Código | Descrição  | Origem | Competência Inicial | Competência Final | Portaria | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|------------|--------|---------------------|-------------------|----------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
| 1901   | LAQUEADURA | LOCAL  | 07/2013             | 99/9999           | SAS 048  | 25/09/2013    | 0          | 07/02/2023         | 03/03/2023          |
| 1902   | VASECTOMIA | LOCAL  | 07/2013             | 99/9999           | SAS 048  | 25/09/2013    | 0          | 07/02/2023         | 03/03/2023          |

### 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 879 | 08/05/2002    |            | 05/12/2007          |

Data desativação: --

Motivo desativação: --