



CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 011/2022

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-W1F04

24º 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, TENDO COMO OBJETO 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 pela Subsecretária de Estado de Contratação em Saúde, **HEBER DE SOUZA LAUAR**, Brasileiro, Casado, Servidor Público, CPF: 072.979.706-62, nomeado pelo Decreto nº 178-S de 03/02/2025 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) **CONVENENTE**, neste ato representado por seu Representante Legal o **Sr. GLEISON MARCOS NIMER**, inscrito no



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

CPF sob o nº 096.105.487-50, residente e domiciliado à Rua Ademar de Oliveira Neves, nº 726, Sernamby, São Mateus - ES, CEP: 29.930-670, resolvem celebrar o **24º Termo Aditivo ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO** para execução de ações e serviços de saúde, tendo em vista o disposto na Constituição da República Federativa de 1988, na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, o art. 116 da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, Portaria MS/GM nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013 e Portarias de Consolidação nº 1, nº 2, nº 3 e nº 5, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria Estadual 076-R, de 19 de maio de 2022, bem como a Portaria Estadual nº 042-R, de 14 de junho de 2023, que tratam das normas sobre as políticas nacionais e estadual de saúde do Sistema Único de Saúde, nas correspondentes Lei de Diretrizes Orçamentárias nº 12.190, de 24 de julho de 2024; LOA nº 12.329, de 26 de dezembro de 2024 e demais normas e legislação aplicáveis mediante as Cláusulas e condições que se seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 - O presente Termo Aditivo ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO que tem por objeto: **(a)** Incorporação de Recursos Financeiros da **Portaria GM/MS Nº 3.604, de 19 de Abril de 2024 – CIB 003/2025**, **(b)** Incorporação de Recursos Financeiros da **Portaria GM/MS Nº 3.666, de 29 de Abril de 2024 – CIB 003/2025**, **(c)** Incorporação de Recursos Financeiros da **Portaria GM/MS Nº 3.668 de 29 de abril de 2024 - CIB 003/2025**, **(d)** Incorporação de Recurso Financeiro referente à **Portaria GM/MS Nº 6.648, de 25 de Fevereiro de 2025** da Parcela de **Fevereiro/2025** do Piso da Enfermagem e Fundamentação Jurídica da Lei 14.434/2022, **(e)** Acréscimo financeiro no valor de **R\$ 1.033.827,56** (um milhão e trinta e três mil e oitocentos e vinte e sete reais e cinquenta e seis centavos), referente aos objetos de **(a)** a **(d)**, conforme Documento Descritivo – DODE.

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

CLÁUSULA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO DA CLAÚSULA SEXTA



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

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

6.1- O valor total do presente **Convênio de Contratualização** passa a ser de **R\$ 35.979.049,73** (trinta e cinco milhões e novecentos e setenta e nove mil e quarenta e nove reais e setenta e três centavos).

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

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

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

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

6.1.5 - O Recurso Financeiro aplicado ao **4º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.238.648,08** (um milhão e duzentos e trinta e oito mil, seiscentos e quarenta e oito reais e oito centavos).

6.1.6 - O Recurso Financeiro aplicado ao **5º Termo Aditivo** foi de **R\$ 214.922,48** (duzentos e quatorze mil e novecentos e vinte dois reais e quarenta e oito centavos).

6.1.7 - O Recurso Financeiro aplicado ao **6º Termo Aditivo** foi de **R\$ 3.715.944,24** (três milhões e setecentos e quinze mil, novecentos e quarenta e quatro reais e vinte quatro centavos).

6.1.8 - O Recurso Financeiro aplicado ao **7º Termo Aditivo** foi de **R\$ 70.000,00** (setenta mil reais).

6.1.9 - O Recurso Financeiro aplicado ao **8º Termo Aditivo** foi de **R\$ 138.385,31** (cento e trinta e oito mil e trezentos e oitenta e cinco reais e trinta e um centavos).

6.1.10 - O Recurso Financeiro aplicado ao **9º Termo Aditivo** foi de **R\$ 94.905,73** (noventa



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

e quatro mil e novecentos e cinco reais e setenta e três centavos).

6.1.11 - O Recurso Financeiro aplicado ao **10º Termo Aditivo foi de R\$ 1.456.869,96** (um milhão e quatrocentos e cinquenta e seis mil e oitocentos e sessenta e nove reais e noventa e seis centavos).

6.1.12 - O Recurso Financeiro aplicado ao **11º Termo Aditivo foi de R\$ 58.628,44** (cinquenta e oito mil e seiscentos e vinte e oito reais e quarenta e quatro centavos).

6.1.13 - O Recurso Financeiro aplicado ao **12º Termo Aditivo foi de R\$ 60.995,34** (sessenta mil e novecentos e noventa e cinco reais e trinta e quatro centavos).

6.1.14 - O Recurso Financeiro aplicado ao **13º Termo Aditivo foi de R\$ 2.775.648,55** (dois milhões e setecentos e setenta e cinco mil e seiscentos e quarenta e oito reais e cinquenta e cinco centavos).

6.1.15 - O Recurso Financeiro aplicado ao **14º Termo Aditivo foi de R\$ 82.740,14** (oitenta e dois mil e setecentos e quarenta reais e quatorze centavos).

6.1.16 - O Recurso Financeiro aplicado ao **15º Termo Aditivo foi de R\$ 2.779.083,82** (dois milhões e setecentos e setenta e nove mil e oitenta e três reais e oitenta e dois centavos).

6.1.17 - O Recurso Financeiro aplicado ao **16º Termo Aditivo foi de R\$ 1.082.455,13** (um milhão e oitenta e dois mil e quatrocentos e cinquenta e cinco reais e treze centavos).

6.1.18 - O Recurso Financeiro aplicado ao **17º Termo Aditivo foi de R\$ 4.133.069,73** (quatro milhões e cento e trinta e três mil e sessenta e nove reais e setenta e três centavos).

6.1.19 - O Recurso Financeiro aplicado ao **18º Termo Aditivo foi de R\$ 585.198,94** (quinhentos e oitenta e cinco mil e cento e noventa e oito reais e noventa e quatro centavos).

6.1.20 - O Recurso Financeiro aplicado ao **19º Termo Aditivo foi de R\$ 82.123,38** (oitenta e dois mil e cento e vinte e três reais e trinta e oito centavos).

6.1.21 - O Recurso Financeiro aplicado ao **20º Termo Aditivo foi de R\$ 8.172.957,69** (oito milhões e cento e setenta e dois mil e novecentos e cinquenta e sete reais e sessenta e nove centavos).



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

6.1.22 - O Recurso Financeiro aplicado ao **21º Termo Aditivo foi de R\$ 83.844,37** (oitenta e três mil, oitocentos e quarenta e quatro reais e trinta e sete centavos).

6.1.23 - O Recurso Financeiro aplicado ao **22º Termo Aditivo foi de R\$ 180.106,94** (cento e oitenta mil e cento e seis reais e noventa e quatro centavos).

6.1.24 - O Recurso Financeiro aplicado ao **23º Termo Aditivo foi de R\$ 167.319,14** (cento e sessenta e sete mil e trezentos e dezenove reais e quatorze centavos).

6.1.25 - O Recurso Financeiro aplicado ao **24º Termo Aditivo será de R\$ 1.033.827,56** (um milhão e trinta e três mil e oitocentos e vinte e sete reais e cinquenta e seis centavos).

6.2 - O detalhamento do repasse a partir da celebração do 24º termo aditivo se dará da seguinte forma:

6.2.1 - Para a execução do convênio de contratualização, a CONVENIENTE receberá recursos financeiros de **R\$ 3.736.345,60** (três milhões e setecentos e trinta e seis mil e trezentos e quarenta e cinco reais e sessenta centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal.

6.2.2- A parcela pré-fixada importa em **R\$ 3.687.960,50** (três milhões e seiscentos e oitenta e sete mil e novecentos e sessenta reais e cinquenta centavos), e será transferida a CONVENIENTE conforme o quadro de detalhamento, e oneram recursos de transferência da União ao Fundo Estadual de Saúde e recursos próprios da CONCEDENTE.

6.2.3- Setenta por cento (70%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 2.937.244,05** (dois milhões e novecentos e trinta e sete mil e duzentos e quarenta e quatro reais e cinco centavos), é fixo e repassado mensalmente.

6.2.4- Trinta por cento (30%) do componente pré-fixado, que **R\$ 750.716,45** (setecentos e cinquenta mil e setecentos e dezesseis reais e quarenta 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, OPME's Não Padronizadas na tabela SUS Capixaba e Cirurgias Eletivas Extras será repassado ao HOSPITAL, à posteriori, (pós-produção, aprovação, processamento), de acordo com a produção mensal aprovada pela SESA, respeitado o limite do Termo Aditivo do convênio contratualização para esses serviços e, conforme programação disposta no Documento Descritivo.

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

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

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

6.2.11- O Faturamento do SIA - Sistema de Informação Ambulatorial e do SIHD – Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado será de obrigatoriedade dos hospitais, sendo utilizado como relatório de pagamento apenas para os serviços ambulatoriais de exames,



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

terapias, procedimentos e APAC's ambulatoriais, para os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC e as OPME's de alta complexidade.

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

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

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

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

HOSPITAL MATERNIDADE SÃO MATEUS - HMSM - PERFIL: HOSPITAL DE APOIO				
RESUMO ORÇAMENTO - 24º Termo Aditivo - Março/2025 à Abril/2025				
PRÉ-FIXADO 70%	Mensal(R\$)	Março/2025	Abril/2025	TOTAL
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 796.848,30	R\$ 796.848,30	R\$ 796.848,30	R\$ 1.593.696,61
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 78.987,55	R\$ 78.987,55	R\$ 78.987,55	R\$ 157.975,10
Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal	R\$ 72.170,04	R\$ 72.170,04	R\$ 72.170,04	R\$ 144.340,08
Incentivo Federal - INTEGRASUS - Recurso Federal	R\$ 3.702,35	R\$ 3.702,35	R\$ 3.702,35	R\$ 7.404,70
Portaria GM/MS 3.604 de 19/04/2024 - CIB 003/2025 Emenda Individual - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 500.000,00	R\$ 0,00	R\$ 500.000,00
Portaria GM/MS 3.666 de 29/04/2024 - CIB 003/2025 Emenda de Bancada - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 200.000,00	R\$ 0,00	R\$ 200.000,00



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

Portaria GM/MS 3.668 de 29/04/2024 - CIB 003/2025 Emenda de Bancada - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 250.000,00	R\$ 0,00	R\$ 250.000,00
Portaria GM-MS nº 6.648 de 25/02/25 - Piso da Enfermagem - Parcela Fevereiro/25 - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 83.827,56	R\$ 0,00	R\$ 83.827,56
SUBTOTAL - Recurso Estadual - 70%	R\$ 796.848,30	R\$ 796.848,30	R\$ 796.848,30	R\$ 1.593.696,61
SUBTOTAL - Recurso Federal - 70%	R\$ 154.859,94	R\$ 1.188.687,50	R\$ 154.859,94	R\$ 1.343.547,44
SUBTOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL - 70%	R\$ 951.708,25	R\$ 1.985.535,81	R\$ 951.708,25	R\$ 2.937.244,05
PRÉ-FIXADO 30%	Mensal(R\$)	Março/2025	Abril/2025	TOTAL
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 341.506,42	R\$ 341.506,42	R\$ 341.506,42	R\$ 683.012,83
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 33.851,81	R\$ 33.851,81	R\$ 33.851,81	R\$ 67.703,62
SUBTOTAL - Recurso Estadual - 30%	R\$ 341.506,42	R\$ 341.506,42	R\$ 341.506,42	R\$ 683.012,83
SUBTOTAL - Recurso Federal - 30%	R\$ 33.851,81	R\$ 33.851,81	R\$ 33.851,81	R\$ 67.703,62
SUBTOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL - 30%	R\$ 375.358,22	R\$ 375.358,22	R\$ 375.358,22	R\$ 750.716,45
TOTAL PRÉ-FIXADO - Federal	R\$ 188.711,75	R\$ 1.222.539,31	R\$ 188.711,75	R\$ 1.411.251,06
TOTAL PRÉ-FIXADO - Estadual	R\$ 1.138.354,72	R\$ 1.138.354,72	R\$ 1.138.354,72	R\$ 2.276.709,44
TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 1.327.066,47	R\$ 2.360.894,03	R\$ 1.327.066,47	R\$ 3.687.960,50
COMPONENTE PÓS-FIXADO	Mensal(R\$)	Março/2025	Abril/2025	TOTAL
Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Recurso Federal	R\$ 18.945,55	R\$ 18.945,55	R\$ 18.945,55	R\$ 37.891,10
Consultas - Recurso Estadual	R\$ 4.400,00	R\$ 4.400,00	R\$ 4.400,00	R\$ 8.800,00



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

Exames - Recurso Estadual	R\$ 847,00	R\$ 847,00	R\$ 847,00	R\$ 1.694,00
SUBTOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL	R\$ 18.945,55	R\$ 18.945,55	R\$ 18.945,55	R\$ 37.891,10
SUBTOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL	R\$ 5.247,00	R\$ 5.247,00	R\$ 5.247,00	R\$ 10.494,00
TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 24.192,55	R\$ 24.192,55	R\$ 24.192,55	R\$ 48.385,10
TOTAL RECURSO ESTADUAL	R\$ 1.143.601,72	R\$ 1.143.601,72	R\$ 1.143.601,72	R\$ 2.287.203,44
TOTAL RECURSO EFEDERAL	R\$ 207.657,30	R\$ 1.241.484,86	R\$ 207.657,30	R\$ 1.449.142,16
TOTAL DO CONVÊNIO	R\$ 1.351.259,02	R\$ 2.385.086,58	R\$ 1.351.259,02	R\$ 3.736.345,60
VALOR DO ADITIVO				R\$ 1.033.827,56

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

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

E, por estarem, assim, justos e acordados, os partícipes firmam o presente instrumento, para os devidos efeitos legais.

CLÁUSULA QUARTA – DO FORO

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

Vitória/ES, de março de 2025.

CONCEDENTE:

HEBER DE SOUZA LAUAR

SUBSECRETÁRIO DE ESTADO DE CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE

CONVENENTE:

GLEISON MARCOS NIMER

PRESIDENTE DO HOSPITAL



DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **24º 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 **24º 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 10.302.0061.2325 - Contratualização de Serviços de Saúde Complementar e/ou 10.122.0061.2070 – Administração da Unidade

UG: 440.901

Gestão: 44901

Natureza de Despesa: 3.3.50.43.00

Fonte de Recursos: 1500100200 e/ou 1600000000 e/ou 2659000011 e/ou 1605000000 e/ou 1600311000 e/ou 1600312000 e/ou 2605000000 e/ou 1501000000 e/ou 2600311000 e/ou 2600312000

Vitória/ES, de março de 2025.

HEBER DE SOUZA LAUAR

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde

ANEXO I

DOCUMENTO DESCRITIVO

CASA DE NOSSA SENHORA APARECIDA “HOSPITAL MATERNIDADE SÃO MATEUS”

CONVÊNIO Nº 011/2022 – 24º TERMO ADITIVO

PROCESSO E- DOCS: 2022-W1F04

PERÍODO DE EXECUÇÃO: 03/2025 à 04/2025



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

Gleison Marcos Nimer
PRESIDENTE

Marcia Aparecida Natale de Araújo
VICE-PRESIDENTE

Dulce Loureiro Marculano
DIRETORA ADMINISTRATIVA

Emanuelle Cosme Assad
DIRETOR TÉCNICO

Robson de Carli Favalessa
DIRETOR CLÍNICO

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 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL AMBULATORIAL.....	08
X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO.....	08
XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS	13
APROVAÇÃO	14
ANEXOS	15

I - IDENTIFICAÇÃO

Conveniente			CNPJ		
Casa de Nossa Senhora Aparecida / Hospital Maternidade São Mateus			27.993.427/0001-94		
Endereço		Município		UF	CEP
Rua Coronel Constantino Cunha, nº 1995 – Bairro: Fátima		São Mateus		ES	29933-530
Macrorregião	Microrregião	SRS	CNES		
Norte	São Mateus	SRSSM	2484072		
Telefone	Fax	E-mail			
(27) 3767-7278/7279		diretoria@hospitalmaternidadesm.com.br/ contratos@hospitalmaternidadesm.com.br			
Nome do Responsável					
Gleison Marcos Nimer					
CPF	Função	Período de execução			
096.105.487-50	Diretor Presidente				
CI	Órgão expedidor				
2.229.332	SSP/ES	03/2025 à 04/2025			
Banco	Agência	Conta Corrente	Praça		
Banestes	135	3558944-9	São Mateus		
BANCO P/ PISO DA ENF	Agência	Conta Corrente	Praça		
Caixa Econômica Federal	0717	3775-6	São Mateus		

Missão
Prestar assistência à saúde com atendimento humanizado.
Visão
Ser um hospital reconhecido na assistência prestada de forma humanizada, sustentável e inovadora.
Valores
Respeito e valorização das pessoas; Promoção das boas práticas profissionais e do seu constante aperfeiçoamento; Utilização eficiente de recursos; Responsabilidade social; Transparência nos processos e nos relacionamentos.
Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:
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.

Área de Abrangência

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

Tipo de Estabelecimento	☒ Geral ☐ Especializado	
Natureza	☐ Público ☒ Filantrópico ☐ Privado	
Número de Leitos - CNES	Geral: 54 SUS: 50	
Serviço de Urgência e Emergência	☒ Sim ☐ Não	☒ Porta Aberta – (Obstetrícia) Referenciado
Serviço de Maternidade	☒ Sim ☐ Não	Se sim, habilitado-GAR ☐ Sim ☒ Não
Habilitação em Alta Complexidade	☐ Sim ☒ Não	Quais:
Inserção nas Redes de Atenção à Saúde	☒ Sim ☐ Não Se sim, quais. Rede Estadual Materno Infantil; Rede Cegonha- Maternidade de Risco Habitual; Rede bem Nascer.	
Classificação do Porte Hospitalar	☐ Estruturante ☐ Estratégico ☒ Apoio e/ou Maternidade ☐ Apoio – Potencial Cirurgias Eletivas	

III – CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES

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

IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS

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

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

- Definição de todas as ações e serviços de saúde nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital;
- A definição do perfil assistencial dos hospitais 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;

V – PERFIL ASSISTENCIAL E GRADE DE REFERÊNCIA

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

VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

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

- 1) **PRÉ-FIXADA:** tem como base a capacidade instalada e o perfil assistencial da unidade hospitalar, vinculada a:
 - I. habilitação, qualificação e disponibilidade de leitos para a regulação;
 - II. qualificação e disponibilidade de leitos de sala vermelha – Pronto Socorro;
 - III. consultas ambulatoriais especializadas para referência ambulatorial e/ou linha de cuidado;
 - IV. incentivos federais nos termos das respectivas normas e efetivação de repasses federais.

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

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

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

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

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

VII– ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

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

VIII – METAS ASSISTENCIAIS

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

8.1 – Internação (Âmbito Hospitalar)

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

TIPO DE LEITOS	Nº LEITOS
Clínica Médica – Enfermaria pediátrica	3
Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto	4
UCINCO	4
UCINCA	2
UTIN	4
TOTAL	17

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

8.1.1. Maternidade

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

Tipo de leito	Nº leitos
Clínica Obstétrica – Maternidade de Risco Habitual	23
Clínica Obstétrica – Maternidade de Alto Risco	07
TOTAL	30

8.2.1 SALA VERMELHA

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

Leitos Sala Vermelha - Pronto Socorro	3
---------------------------------------	---

IX – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL AMBULATORIAL

9.1 CRITÉRIOS E METAS

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

Toda oferta de consultas e exames especializados deverão estar disponíveis para a GRAE. Sendo 60% da agenda para primeira consulta e 40% para retorno, salvo alguns itens de agendamento específicos que necessitam de um volume maior de retorno, assim pactuado entres as partes e disponibilizado em anexo ao instrumento contratual, ou conforme fluxo estabelecido pela SESA em documento específico;

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

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

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

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

9.1.1 ESPECIALIDADES DE NÍVEL AMBULATORIAL

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

9.2 - 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	35
Métodos Diagnósticos em Especialidades	378
TOTAL GERAL	990

X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO

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

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

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

10.1 - CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS METAS

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

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

PONTUAÇÃO SCORE (PS)	Percentual de Desconto da Parcela dos 30% do valor global pré-fixado
≥ 95 a < 100	0%
≥ 92 a < 95	5%
≥ 90 a < 92	10%
≥ 88 a < 90	15%
≥ 85 a < 88	20%
≥ 82 a < 85	25%
≥ 80 a < 82	30%
≥ 78 a < 80	40%
≥ 76 a < 78	50%
≥ 74 a < 76	60%
≥ 72 a < 74	70%
≥ 70 a < 72	80%
< 70	90%

10.2 Score de Indicadores de Qualidade e Desempenho Hospitalar

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

DESCRIÇÃO	META	SCORE MÁXIMO
1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS		5,0
1.1. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)	Apresentar no 1º Quadrimestre, após a celebração do Convênio de Contratualização, o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada, conforme abaixo: Hospitais Estruturantes: ONA nível I em 18 meses ONA nível 2 em 30 meses, ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter. Hospitais Estratégicos: Certificação ONA 1 em 18 meses Hospitais de Apoio: Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses. Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma	5,0
2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS		5,0
2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial	A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser $\geq 95\%$ dos funcionários. Apresentar Plano de Educação Continuada ativo e cronograma de treinamento. É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário.	5,0
3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL		15,0
3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar	Manter as seguintes Comissões em pleno funcionamento: -Comissão de Revisão de Prontuário; -Comissão de Óbitos; -Comissão de Ética Médica; -Comissão de Ética em Enfermagem; -Comissão de Farmácia e Terapêutica; -Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); -Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber; -Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos	10,0

	de Serviços de Saúde (PGRSS); -Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino; -Comissão de Segurança do Paciente; -Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e -Grupo Técnico de Humanização (GTH).	
3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente	Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: -Identificação do Paciente; -Cirurgia Segura; -Prevenção de Úlcera de Pressão; -Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde; -Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos; -Prevenção de Quedas.	5,0
4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO		5,0
4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada prioritariamente pela metodologia do NPS (Net Promoter Score).	Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital. Atingir resposta ótimo e bom: • $\geq 65\%$ - 5,0 pontos; • $64,99\%$ à $62,00\%$ - 2,5 pontos; • $\leq 61,99\%$ - zero. OU Atingir índice do NPS 65: • SIM - 5,0 pontos; • NÃO - zero. OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a ser monitorada.	5,0
5. ACESSO AO SISTEMA		35,0
5.1. Acesso Hospitalar	Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação. Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil.	5,0
5.2. Tempo de Regulação	Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas.	5,0
5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado	Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de Regulação. (Leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise).	10,0
5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada	100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas e inseridas para visualização e controle no sistema de regulação.	5,0

5.5 . Acesso aos Exames Especializada	100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas e inseridos para visualização e controle no sistema de regulação.	5,0
5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas	Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas $\leq 8\%$ Atingir percentual: • $\leq 8,0\%$ - 5,0 pontos; • 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos; • $\geq 10,0\%$ – zero.	5,0
6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO		25,0
6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência.	- Alcançar e manter, em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência).	15,0
6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação.	Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação.	5,0
6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas.	Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas.	5,0
7. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL		10,0
7.1. Proporção de gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha durante a internação para realização do parto	Assegurar a $\geq 95\%$ das gestantes a presença do acompanhante de livre escolha.	2,0

7.2. Preenchimento do Partograma	Ter 95% das gestantes em trabalho de parto ativo com partograma preenchido.	2,0
7.3. Classificação de Risco (Manchester e/ou outros)	Ter 95% das gestantes internadas com avaliação no protocolo de risco.	2,0
7.4. Taxa de Cesárea	Alcançar, no máximo, 52% de partos cesários por mês.	2,0
7.5. Proporção de RN com apgar de 5º minuto ≤ 7 .	Ter no máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto ≤ 7 .	2,0
TOTAL		100,0

XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

HOSPITAL MATERNIDADE SÃO MATEUS - HMSM - PERFIL: HOSPITAL DE APOIO				
RESUMO ORÇAMENTO - 24º Termo Aditivo - Março/2025 à Abril/2025				
PRÉ-FIXADO 70%	Mensal(R\$)	Março/2025	Abril/2025	TOTAL
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 796.848,30	R\$ 796.848,30	R\$ 796.848,30	R\$ 1.593.696,61
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 78.987,55	R\$ 78.987,55	R\$ 78.987,55	R\$ 157.975,10
Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal	R\$ 72.170,04	R\$ 72.170,04	R\$ 72.170,04	R\$ 144.340,08
Incentivo Federal - INTEGRASUS - Recurso Federal	R\$ 3.702,35	R\$ 3.702,35	R\$ 3.702,35	R\$ 7.404,70
Portaria GM/MS 3.604 de 19/04/2024 - CIB 003/2025 Emenda Individual - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 500.000,00	R\$ 0,00	R\$ 500.000,00

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

Portaria GM/MS 3.666 de 29/04/2024 - CIB 003/2025 Emenda de Bancada - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 200.000,00	R\$ 0,00	R\$ 200.000,00
Portaria GM/MS 3.668 de 29/04/2024 - CIB 003/2025 Emenda de Bancada - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 250.000,00	R\$ 0,00	R\$ 250.000,00
Portaria GM-MS nº 6.648 de 25/02/25 - Piso da Enfermagem - Parcela Fevereiro/25 - Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 83.827,56	R\$ 0,00	R\$ 83.827,56
SUBTOTAL - Recurso Estadual - 70%	R\$ 796.848,30	R\$ 796.848,30	R\$ 796.848,30	R\$ 1.593.696,61
SUBTOTAL - Recurso Federal - 70%	R\$ 154.859,94	R\$ 1.188.687,50	R\$ 154.859,94	R\$ 1.343.547,44
SUBTOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL - 70%	R\$ 951.708,25	R\$ 1.985.535,81	R\$ 951.708,25	R\$ 2.937.244,05
PRÉ-FIXADO 30%	Mensal(R\$)	Março/2025	Abril/2025	TOTAL
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 341.506,42	R\$ 341.506,42	R\$ 341.506,42	R\$ 683.012,83
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 33.851,81	R\$ 33.851,81	R\$ 33.851,81	R\$ 67.703,62
SUBTOTAL - Recurso Estadual - 30%	R\$ 341.506,42	R\$ 341.506,42	R\$ 341.506,42	R\$ 683.012,83
SUBTOTAL - Recurso Federal - 30%	R\$ 33.851,81	R\$ 33.851,81	R\$ 33.851,81	R\$ 67.703,62
SUBTOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL - 30%	R\$ 375.358,22	R\$ 375.358,22	R\$ 375.358,22	R\$ 750.716,45
TOTAL PRÉ-FIXADO - Federal	R\$ 188.711,75	R\$ 1.222.539,31	R\$ 188.711,75	R\$ 1.411.251,06
TOTAL PRÉ-FIXADO - Estadual	R\$ 1.138.354,72	R\$ 1.138.354,72	R\$ 1.138.354,72	R\$ 2.276.709,44
TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 1.327.066,47	R\$ 2.360.894,03	R\$ 1.327.066,47	R\$ 3.687.960,50
COMPONENTE PÓS-FIXADO	Mensal(R\$)	Março/2025	Abril/2025	TOTAL

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Recurso Federal	R\$ 18.945,55	R\$ 18.945,55	R\$ 18.945,55	R\$ 37.891,10
Consultas - Recurso Estadual	R\$ 4.400,00	R\$ 4.400,00	R\$ 4.400,00	R\$ 8.800,00
Exames - Recurso Estadual	R\$ 847,00	R\$ 847,00	R\$ 847,00	R\$ 1.694,00
SUBTOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL	R\$ 18.945,55	R\$ 18.945,55	R\$ 18.945,55	R\$ 37.891,10
SUBTOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL	R\$ 5.247,00	R\$ 5.247,00	R\$ 5.247,00	R\$ 10.494,00
TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 24.192,55	R\$ 24.192,55	R\$ 24.192,55	R\$ 48.385,10
TOTAL RECURSO ESTADUAL	R\$ 1.143.601,72	R\$ 1.143.601,72	R\$ 1.143.601,72	R\$ 2.287.203,44
TOTAL RECURSO EFEDERAL	R\$ 207.657,30	R\$ 1.241.484,86	R\$ 207.657,30	R\$ 1.449.142,16
TOTAL DO CONVÊNIO	R\$ 1.351.259,02	R\$ 2.385.086,58	R\$ 1.351.259,02	R\$ 3.736.345,60
VALOR DO ADITIVO				R\$ 1.033.827,56

APROVAÇÃO	
O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de R\$ 3.736.345,60 (três milhões, setecentos e trinta e seis mil e trezentos e quarenta e cinco reais e sessenta centavos)	
Assinatura e carimbo da Concedente Nome: Heber de Souza Lauar CPF: 072.979.706-62 _____ Assinatura	Assinatura e carimbo da Convenente Nome: Gleison Marcos Nimer CPF: 096.105.487-50 _____ Assinatura
Vitória (ES), de março de 2025.	

ANEXOS

ANEXO A: ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

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

ANEXO C – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE – CNES

ANEXO A - ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

LEITOS HOSPITALARES

RECURSO ESTADUAL				
TIPO DE LEITOS	Nº LEITOS	QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS	VALOR DIÁRIA DE LEITO	VALOR TOTAL MENSAL
Clínica Médica – Enfermaria pediátrica	3	82,08	R\$ 437,00	R\$ 35.868,96
Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto	4	103,36	R\$ 489,00	R\$ 50.543,04
UCINCO	4	109,44	R\$ 1.035,00	R\$ 113.270,40
UCINCA	2	54,72	R\$ 437,00	R\$ 23.912,64
UTIN	4	109,44	R\$ 980,00	R\$ 107.251,20
Clínica Obstétrica de Risco Habitual	23	594,32	R\$ 807,00	R\$ 479.616,24
Clínica Obstétrica – Maternidade Alto Risco	7	180,88	R\$ 1.105,00	R\$ 199.872,40
U/E Sala Vermelha	3	91,2	R\$ 2.641,00	R\$ 240.859,20
TOTAL	50			R\$ 1.251.194,08
Total após redução do federal				R\$ 1.138.354,72

INCENTIVOS

RECURSO FEDERAL	
TIPO INCENTIVO	TOTAL
IAC - Portaria 3.166 de 20 de dezembro de 2013)	R\$ 72.170,04
INTEGRASUS	R\$ 3.702,35
TOTAL	R\$ 75.872,39

SIA-MÉDIA COMPLEXIDADE

RECURSO FEDERAL					
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Março à Abril/2025		
			Quant/ mês	Tabela SIGTAP - Valor Unitário	Tabela SIGTAP - Valor TOTAL
02 - PROCEDIMENTO FINALIDADE DIAGNÓSTICA	02 - Diagnóstico em laboratório clínico	01- Exames bioquímicos	39	R\$ 2,71	R\$ 105,69
		02- Exames hematológicos e hemostasia	74	R\$ 2,79	R\$ 206,46
		03 - Exames sorológicos e imunológicos	14	R\$ 7,71	R\$ 107,94
		04- Exames Coprológicos	5	R\$ 1,65	R\$ 8,25
		05- Exames de Uroanálise	23	R\$ 3,70	R\$ 85,10
		12- Exames imuno hematológicos	4	R\$ 1,37	R\$ 5,48
	04 - Diagnóstico por radiologia	01 - Exames Radiológicos da Cabeça e Pescoço	39	R\$ 7,25	R\$ 282,75
		02 - Exames radiológicos da Coluna Vertebral	97	R\$ 9,98	R\$ 968,06
		03 - Exames Radiológicos do tórax e Mediastino	92	R\$ 7,20	R\$ 662,40
		04- Exames Radiológico Cintura Escapular e Membros Superiores	61	R\$ 7,16	R\$ 436,76

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

SECRETARIA DA SAÚDE

		05 - Exames Radiológicos do Abdomem e Pelve	2	R\$ 7,17	R\$ 14,34
		06- Exames Radiológicos da Cintura Pélvica e dos Membros Inferiores	127	R\$ 7,18	R\$ 911,86
	05 - Diagnóstico por Ultrassonografia	03 - Ultrassonografia dos Demais Sistemas	35	R\$ 24,20	R\$ 847,00
	11- Métodos diagnósticos em especialidades	02- Diagnóstico em Cardiologia	1	R\$ 5,15	R\$ 5,15
		04- Diagnóstico em ginecologia-obstetrícia	44	R\$ 1,69	R\$ 74,36
		07- Diagnóstico em Otorrinolaringologia	333	R\$ 15,76	R\$ 5.248,08
03- PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	01 - Consultas, atendimentos e acompanhamentos	01- Consultas Médicas	110	R\$ 10,00	R\$ 1.100,00
		01 - Consultas profissionais de nível superior	313	R\$ 6,30	R\$ 1.971,90
		06 - Consulta/atendimento as urgências	523	R\$ 11,22	R\$ 5.868,06
		10- Atendimento de enfermagem	57	R\$ 0,63	R\$ 35,91
TOTAL GERAL			1.993		R\$ 18.945,55
Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção menor de períodos anteriores.					

CONSULTA

RECURSO ESTADUAL									
Código do Procedimento 03.01.01.00-72 - Ambulatório Especializado	MENSAL								
	Oferta Mensal Contratual	Quantidade 1º Vez (Acesso)	Quantidade autogestão (retorno)	Tabela SIGTAP - valor unitário	Portaria 166- R/2024 - complementação - valor unitário	Total	Total SIGTAP	Total complementação	Total SIGTAP + complementação
CONSULTA DE PRÉ-NATAL	110	77	33	R\$ 10,00	R\$ 40,00	R\$ 50,00	R\$ 1.100,00	R\$ 4.400,00	R\$ 5.500,00
TOTAL								R\$ 4.400,00	

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE
EXAMES

RECURSO ESTADUAL - PORTARIA 015-R/2020										
Ambulatório Especializado	Grupo / Subgrupo/ Forma Organizacional	Oferta Mensal Contratual	Quantidade 1º Vez (Acesso)	% Auto Gestão	Quantidade 1º Vez (Acesso)	Quantidade autogestão (retorno)	Tabela Sigtap - Valor Unitário	Tabela Sigtap - Valor Total	Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Unitário	Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Total
Ultrassonografia Obstétrica	02.05.02.014-3	15	0%	100%	0	15	R\$ 24,20	R\$ 363,00	R\$ 24,20	R\$ 363,00
Ultrassonografia Abdome Total	02.05.02.003-8	2	0%	100%	0	2	R\$ 24,20	R\$ 48,40	R\$ 24,20	R\$ 48,40
Ultrassonografia Transvaginal	02.05.02.018-6	18	0%	100%	0	18	R\$ 24,20	R\$ 435,60	R\$ 24,20	R\$ 435,60
TOTAL								R\$ 847,00		R\$ 847,00

PISO ENFERMAGEM

RECURSO FEDERAL	
Portaria GM/MS nº 6.648/2025 de 25/02/2025 - Piso da Enfermagem - Parcela Fevereiro/2025	R\$ 83.827,56
TOTAL	R\$ 83.827,56

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

FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO SCORE

DESCRIÇÃO	META
1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS	
1.1. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)	Apresentar no 1º Quadrimestre, após a celebração do Convênio de Contratualização, o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada, conforme abaixo: Hospitais Estruturantes: ONA nível I em 18 meses ONA nível 2 em 30 meses, ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter. Hospitais Estratégicos: Certificação ONA 1 em 18 meses Hospitais de Apoio: Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses. Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma
2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS	
2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial	A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser $\geq 95\%$ dos funcionários. Apresentar Plano de Educação Continuada ativo e cronograma de treinamento. É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário.
3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL	
3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar	Manter as seguintes Comissões em pleno funcionamento: -Comissão de Revisão de Prontuário; -Comissão de Óbitos; -Comissão de Ética Médica; -Comissão de Ética em Enfermagem; -Comissão de Farmácia e Terapêutica; -Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

	(CCIH); -Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber; -Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS); -Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino; -Comissão de Segurança do Paciente; -Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e -Grupo Técnico de Humanização (GTH).
3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente	Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: -Identificação do Paciente; -Cirurgia Segura; -Prevenção de Úlcera de Pressão; -Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde; -Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos; -Prevenção de Quedas.
4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO	
4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada prioritariamente pela metodologia do NPS (<i>Net Promoter Score</i>).	Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital. Atingir resposta ótimo e bom: • $\geq 65\%$ - 5,0 pontos; • 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos; • $\leq 61,99$ – zero. OU Atingir índice do NPS 65: • SIM - 5,0 pontos; • NÃO – zero. OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a a ser monitorada.
5. ACESSO AO SISTEMA	
5.1. Acesso Hospitalar	Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação. Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil.
5.2. Tempo de Regulação	Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas.
5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado	Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de Regulação. (Leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise).

5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada	100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas e inseridas para visualização e controle no sistema de regulação.
5.5 . Acesso aos Exames Especializada	100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas e inseridos para visualização e controle no sistema de regulação.
5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas	Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas $\leq 8\%$ Atingir percentual: • $< 8,0\%$ - 5,0 pontos; • $8,01\%$ a $9,99\%$ – 2,5 pontos; • $\geq 10,0\%$ – zero.
6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO	
6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência.	- Alcançar e manter, em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência).
6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação.	Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação.
6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas.	Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas.
7. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL	
7.1. Proporção de gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha durante a internação para realização do parto	Assegurar a $\geq 95\%$ das gestantes a presença do acompanhante de livre escolha.
7.2. Preenchimento do Partograma	Ter 95% das gestantes em trabalho de parto ativo com partograma preenchido.

7.3. Classificação de Risco (Manchester e/ou outros)	Ter 95% das gestantes internadas com avaliação no protocolo de risco.
7.4. Taxa de Cesárea	Alcançar, no máximo, 52% de partos cesários por mês.
7.5. Proporção de RN com apgar de 5º minuto ≤ 7 .	Ter no máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto ≤ 7 .

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

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 17/03/2025

CNES: 2484072Nome Fantasia: HOSPITAL MATERNIDADE SAO MATEUSCNPJ: 27.993.427/0002-75

Nome Empresarial: CASA DE NOSSA SENHORA APARECIDANatureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

Logradouro: CORONEL CONSTANTINO CUNHANúmero: 1995Complemento: --

Bairro: FATIMAMunicípio: 320490 - SAO MATEUSUF: ES

CEP: 29933-530Telefone: (27) 3763-2590Dependência: INDIVIDUALReg de Saúde: 0004

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL ESPECIALIZADOSubtipo: MATERNIDADEGestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ROBSON DE CARLI FAVALESSA

Cadastrado em: 17/12/2003Atualização na base local: 20/06/2024Última atualização Nacional: 11/03/2025

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

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

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL

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

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

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	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	3	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	6
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	0
AMBULATORIAL		
CLINICAS INDIFERENCIADO	3	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	1	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	3	35
LEITOS RN PATOLOGICO	1	4
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE CIRURGIA	2	0
SALA DE PARTO NORMAL	3	0
SALA DE PRE-PARTO	2	4
SALA DE RECUPERACAO	1	4

Serviços de

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

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
165	ATENCAO AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
169	ATENCAO EM UROLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	SIM	SIM
150	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
110	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-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
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
134	SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
134	SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
155	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
146	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e

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

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
163 - 004	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	ADULTO	NÃO	NAO INFORMADO
134 - 014	SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	AROMATERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
165 - 007	ATENCAO AS PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL	ATENC AMBULATORIAL A PESSOAS EM SITUACAO DE VIOLENCIA SEXUAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 005	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	CENTRO DE PARTO NORMAL	NÃO	NAO INFORMADO

146 - 002	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	CIRURGICA	NÃO	NAO INFORMADO
148 - 005	HOSPITAL DIA	CIRURGICO/DIAGNOSTICO	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	2484137
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	2484137
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	2484137
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	2484137
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	2484137
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAI	SIM	2484137
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	2484137
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	2484137
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	2484137
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
150 - 001	CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA SEM ENXERTO	NÃO	NAO INFORMADO
174 - 002	IMUNIZACAO	GRUPOS ESPECIAIS	NÃO	NAO INFORMADO
134 - 015	SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	IMPOSICAO DE MAOS	NÃO	NAO INFORMADO
174 - 001	IMUNIZACAO	INDIVIDUOS EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO

110 - 003	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
163 - 001	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	NEONATAL CONVENCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 003	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
163 - 003	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
134 - 011	SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	PRATICAS MANUAIS	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 019	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 013	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 012	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO PEDIATRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 001	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E 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 DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
169 - 001	ATENCAO EM UROLOGIA	UROLOGIA GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	VASECTOMIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

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

NÃO

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA			
EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSIENTES	1	1	SIM
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFALICO AUTOMATICO	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM
Ultrassom Doppler Colorido	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Grupo Gerador	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	10	10	SIM
Bomba de Infusao	15	15	SIM
Desfibrilador	5	5	SIM
Equipamento de Fototerapia	14	14	SIM
Incubadora	6	6	SIM
Monitor de ECG	20	20	SIM
Monitor de Pressao Invasivo	20	20	SIM

Monitor de Pressao Nao-Invasivo	20	20	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	15	15	SIM
Respirador/Ventilador	13	13	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	2	2	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
Laparoscopia/Vídeo	1	1	SIM
OFTALMOSCOPIO	5	5	SIM
OUTROS EQUIPAMENTOS			
Aparelho de Eletroestimulacao	4	4	SIM
Bomba de Infusao de Hemoderivados	4	4	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU	2	0
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	4	0
UTI NEONATAL - TIPO II	4	0
ESPEC - CIRURGICO		
CIRURGIA GERAL	1	0
GINECOLOGIA	5	4
NEFROLOGIAUROLOGIA	1	0
OTORRINOLARINGOLOGIA	1	0
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	1	0
NEONATOLOGIA	3	3
HOSPITAL DIA		

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	3	0
OBSTETRICO		
OBSTETRICA CIRURGICA	26	25
OBSTETRICA CLINICA	5	5
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	1	0

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	20/06/2024	11/03/2025
1902	VASECTOMIA	LOCAL	07/2013	99/9999	SAS 048	25/09/2013	0	20/06/2024	11/03/2025

Incentivos

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

Data desativação: -- Motivo desativação: --

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

HEBER DE SOUZA LAUAR
SUBSECRETARIO ESTADO
SSEC - SESA - GOVES
assinado em 18/03/2025 10:59:39 -03:00

GLEISON MARCOS NIMER
CIDADÃO
assinado em 18/03/2025 10:48:57 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 18/03/2025 10:59:40 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por JANICY PINHEIRO ALVES (ADMINISTRADOR - DT - NECORC - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2025-X28RFP>

OF/CNSA/HMSM/DA/Nº 104/2025

São Mateus- ES, 12 de março de 2025.

AO SUBSECRETÁRIO DE ESTADO DE CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE - SSEC

EXMO. SR. HÉBER DE SOUZA LAUAR

REFERENTE: **Plano de Trabalho CIB Nº 003/2025- Hospital Maternidade São Mateus**

Prezado,

A **CASA DE NOSSA SENHORA APARECIDA** sendo uma instituição de direito privado, sem fins lucrativos, mantenedora do **HOSPITAL MATERNIDADE SÃO MATEUS – HMSM- CNSA**, inscrita no CNPJ sob o nº 27.993.427/0001-94, vem, respeitosamente, encaminhar o Plano de Trabalho Portaria nº GM/MS Nº 3.604, de 19 de abril de 2024 e considerando a CIB Nº 003/2025, para ser analisado e dar seguimento ao processo.

Colocamos-nos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários e aproveitamos o ensejo para renovar votos da mais elevada estima e apreço.

Atenciosamente,

Gleison Marcos Nimer
Presidente
Casa de Nossa Senhora Aparecida

01- DADOS CADASTRAIS

ÓRGÃO/ ENTIDADE PROPONENTE: CASA DE NOSSA SENHORA APARECIDA - CNSA			CNPJ: 27.993.427/0001-94	
ENDEREÇO: RUA CORONEL CONSTANTINO CUNHA – Nº 1995 –				BAIRRO: FÁTIMA
CIDADE: SÃO MATEUS	UF: ES	CEP: 29.993-530	DDD/FONE: (27) 3767-7278	E.A: FILANTRÓPICA
CONTA CORRENTE: 3558944-9	BANCO: BANESTES	AGÊNCIA: 135	PRAÇA DE PAGAMENTO: SÃO MATEUS	
NOME DO RESPONSÁVEL: GLEISON MARCOS NIMER			CPF: 096.105.487-50	
C.I. / ÓRGÃO EXPEDIDOR: 2229332/ ES		CARGO: DIRETOR PRESIDENTE		
ENDEREÇO: RUA DR ADEMAR NEVES, Nº 726			CEP: 29930-670	

02- DESCRIÇÃO DO PROJETO

TÍTULO DO PROJETO: Implantação de melhorias para a modernização e inovação, visando melhoria de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde.	INÍCIO Março/2025	TÉRMINO Fevereiro/2026
IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO: Incremento Temporário de Custeio dos Serviços de Atenção Especializada à Saúde, para melhorar o atendimento à população incrementando financiamento deste estabelecimento, no valor total de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), conforme Portaria nº GM/MS Nº 3.604, de 19 de abril de 2024 e considerando a CIB Nº 003/2025, serão realizadas as seguintes metas e ações: Consolidar a medição do desempenho assistencial por meio da metodologia de grupos de diagnósticos relacionados (Diagnosis Related Groups - DRG).		

03. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIRO

Meta	ESPECIFICAÇÃO	VALOR APLICADO	Duração	
			Início	Término
1	Consolidar a medição do desempenho assistencial por meio da metodologia de grupos de diagnósticos relacionados (Diagnosis Related Groups - DRG).	500.000,00	Mar/2025	Fev/2026
TOTAL			R\$ 500.000,00	

04. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

A metodologia Diagnosis Related Groups (DRG) foi implementada com a finalidade de aprimorar a avaliação do desempenho na assistência prestada aos serviços de saúde. O objetivo neste momento é dar seguimento aos processos, consolidando a utilização da metodologia e integrando-a de maneira eficaz às rotinas dos hospitais.

O plano de ação para esta etapa inclui a formação contínua das equipes, com foco na atualização dos procedimentos e na maximização da aplicação da metodologia DRG.

Assim, a metodologia DRG seguirá sendo aplicada de maneira eficiente, promovendo uma gestão contínua da qualidade assistencial, impactando na melhoria de gestão de leitos e consequentemente na gestão eficaz dos recursos financeiros.

05 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

META	AÇÕES	MARÇO/2025 A FEVEREIRO/2026
1.1	Consolidar a metodologia de grupos de diagnósticos relacionados (Diagnosis Related Groups - DRG).	R\$ 500.000,00

06. DECLARAÇÃO

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

São Mateus, 12 de Março de 2025.



Diretor-Presidente

07 - Aprovação PELA CONCEDENTE

Aprovado

Vitória, ____ de ____ de 2025.

Concedente/assinatura

CASA DE NOSSA SENHORA APARECIDA- HOSPITAL MATERNIDADE SÃO MATEUS

Meta	ESPECIFICAÇÃO	PRINCIPAIS AÇÕES	mar/25	abr/25	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	set/25	out/25	nov/25	dez/25	jan/26	fev/26
1	Consolidar a metodologia DRG. Incremento temporário das Emendas (MAC)	1- Enviar à SESA o Plano de Trabalho												
		2 - Capacitação contínua das equipes sobre o uso e a aplicação da metodologia DRG no cotidiano hospitalar.												
		3- Acompanhamento e análise dos indicadores de desempenho gerados pela metodologia DRG.												

Data: 12/03/2025

Gleison Marcos Nimer

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

HEBER DE SOUZA LAUAR
SUBSECRETARIO ESTADO
SSEC - SESA - GOVES
assinado em 13/03/2025 13:56:58 -03:00

GLEISON MARCOS NIMER
CIDADÃO
assinado em 13/03/2025 13:26:01 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 13/03/2025 13:56:58 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por JANICY PINHEIRO ALVES (ADMINISTRADOR - DT - NECORC - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2025-SN34XR>

OF/CNSA/HMSM/DA/Nº 106/2025

São Mateus- ES, 12 de março de 2025.

AO SUBSECRETÁRIO DE ESTADO DE CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE - SSEC
EXMO. SR. HÉBER DE SOUZA LAUAR

REFERENTE: **Plano de Trabalho CIB Nº 003/2025- Hospital Maternidade
São Mateus**

Prezado,

A **CASA DE NOSSA SENHORA APARECIDA** sendo uma instituição de direito privado, sem fins lucrativos, mantenedora do **HOSPITAL MATERNIDADE SÃO MATEUS – HMSM- CNSA**, inscrita no CNPJ sob o nº 27.993.427/0001-94, vem, respeitosamente, encaminhar o Plano de Trabalho Portaria nº GMMS Nº 3.666, de 29 de abril de 2024 e considerando a CIB Nº 003/2025, para ser analisado e dar seguimento ao processo.

Colocamos-nos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários e aproveitamos o ensejo para renovar votos da mais elevada estima e apreço.

Atenciosamente,

Gleison Marcos Nimer
Presidente
Casa de Nossa Senhora Aparecida

01- DADOS CADASTRAIS

ÓRGÃO/ ENTIDADE PROPONENTE: CASA DE NOSSA SENHORA APARECIDA - CNSA			CNPJ: 27.993.427/0001-94	
ENDEREÇO: RUA CORONEL CONSTANTINO CUNHA – Nº 1995			BAIRRO: FÁTIMA	
CIDADE: SÃO MATEUS	UF: ES	CEP: 29.993-530	DDD/FONE: (27) 3767-7278	E.A: FILANTRÓPICA
CONTA CORRENTE: 3558944-9	BANCO: BANESTES	AGÊNCIA: 135	PRAÇA DE PAGAMENTO: SÃO MATEUS	
NOME DO RESPONSÁVEL: GLEISON MARCOS NIMER			CPF: 096.105.487-50	
C.I. / ÓRGÃO EXPEDIDOR: 2229332/ ES		CARGO: DIRETOR PRESIDENTE		
ENDEREÇO: RUA DR ADEMAR NEVES, Nº 726			CEP: 29930-670	

02- DESCRIÇÃO DO PROJETO

TÍTULO DO PROJETO: Implantação de melhorias para a modernização e inovação, visando melhoria de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde.	INÍCIO Março/2025	TÉRMINO Fevereiro/2026
IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO: Incremento Temporário de Custeio dos Serviços de Atenção Especializada à Saúde, para melhorar o atendimento à população incrementando financiamento deste estabelecimento, no valor total de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), conforme Portaria nº GM/MS Nº 3.666, de 29 de abril de 2024 e considerando a CIB Nº 003/2025, serão realizadas as seguintes metas e ações: Aperfeiçoar de processos regulatórios por meio da implantação da Autorização de Internação Hospitalar Eletrônico (AIH Eletrônica), do Núcleo Interno de Regulação.		

03. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIRO

Meta	ESPECIFICAÇÃO	VALOR APLICADO	Duração	
			Início	Término
1	Aperfeiçoar os processos regulatórios por meio da implantação da Autorização de Internação Hospitalar Eletrônica (AIH Eletrônica), do Núcleo Interno de Regulação.	200.000,00	Março/2025	Fevereiro/2026
TOTAL			R\$ 200.000,00	

04. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

A implementação da Autorização de Internação Hospitalar Eletrônica (AIH Eletrônica) foi realizada com êxito, trazendo modernidade e eficiência aos processos regulatórios do Sistema Único de Saúde (SUS). O principal propósito foi tornar as autorizações de internação mais rápidas e precisas, diminuindo a ocorrência de erros e aumentando a confiabilidade dos procedimentos.

Agora, a atenção se volta para a manutenção e o contínuo aprimoramento da AIH Eletrônica. A meta é consolidar os avanços já conquistados, aprimorar constantemente o sistema e assegurar que a AIH Eletrônica permaneça uma solução robusta e eficaz na administração das internações hospitalares, promovendo maior eficiência e qualidade no atendimento oferecido pelo SUS.

05 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

META	AÇÕES	MARÇO/2025 A FEVEREIRO/2026
1.1	Aperfeiçoar de processos regulatórios por meio da implantação da Autorização de Internação Hospitalar Eletrônico (AIH Eletrônica), do Núcleo Interno de Regulação.	R\$ 200.000,00

06. DECLARAÇÃO

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

São Mateus, 12 de Março de 2025.



Diretor-Presidente

07 - Aprovação PELA CONCEDENTE

Aprovado

Vitória, ____ de _____ de 2025.

Concedente/assinatura

CASA DE NOSSA SENHORA APARECIDA- HOSPITAL MATERNIDADE SÃO MATEUS

Meta	ESPECIFICAÇÃO	PRINCIPAIS AÇÕES	mar/25	abr/25	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	set/25	out/25	nov/25	dez/25	jan/26	fev/26
1	Aperfeiçoar de processos regulatórios Incremento temporário das Emendas (MAC)	1- Envio à SESA do Plano de Trabalho												
		2- Capacitação da equipe para melhoria dos processos de regulação.												
		7- Elaboração de relatório final sobre a implementação da AIH Eletrônica.												

Data: 12/03/2025

Gleison Marcos Nimer

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

HEBER DE SOUZA LAUAR
SUBSECRETARIO ESTADO
SSEC - SESA - GOVES
assinado em 13/03/2025 13:57:38 -03:00

GLEISON MARCOS NIMER
CIDADÃO
assinado em 13/03/2025 13:26:01 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 13/03/2025 13:57:38 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por JANICY PINHEIRO ALVES (ADMINISTRADOR - DT - NECORC - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2025-CFQ398>

OF/CNSA/HMSM/DA/Nº 105/2025

São Mateus- ES, 12 de março de 2025.

AO SUBSECRETÁRIO DE ESTADO DE CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE - SSEC
EXMO. SR. HÉBER DE SOUZA LAUAR

REFERENTE: **Plano de Trabalho CIB Nº 003/2025- Hospital Maternidade São Mateus**

Prezado,

A **CASA DE NOSSA SENHORA APARECIDA** sendo uma instituição de direito privado, sem fins lucrativos, mantenedora do **HOSPITAL MATERNIDADE SÃO MATEUS – HMSM- CNSA**, inscrita no CNPJ sob o nº 27.993.427/0001-94, vem, respeitosamente, vem, respeitosamente, encaminhar o Plano de Trabalho Portaria nº GMMS Nº 3.668, de 29 de abril de 2024 e considerando a CIB Nº 003/2025, para ser analisado e dar seguimento ao processo.

Colocamos-nos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários e aproveitamos o ensejo para renovar votos da mais elevada estima e apreço.

Atenciosamente,



Gleison Marcos Nimer
Presidente
Casa de Nossa Senhora Aparecida

01- DADOS CADASTRAIS

ÓRGÃO/ ENTIDADE PROPONENTE: CASA DE NOSSA SENHORA APARECIDA - CNSA				CNPJ: 27.993.427/0001-94	
ENDEREÇO: RUA CORONEL CONSTANTINO CUNHA – Nº 19955				BAIRRO: FÁTIMA	
CIDADE: SÃO MATEUS	UF: ES	CEP: 29.993-530	DDD/FONE: (27) 3767-7278	E.A: FILANTRÓPICA	
CONTA CORRENTE: 3558944-9	BANCO: BANESTES	AGÊNCIA: 135	PRAÇA DE PAGAMENTO: SÃO MATEUS		
NOME DO RESPONSÁVEL: GLEISON MARCOS NIMER			CPF: 096.105.487-50		
C.I. / ÓRGÃO EXPEDIDOR: 2229332/ ES		CARGO: DIRETOR PRESIDENTE			
ENDEREÇO: RUA DR ADEMAR NEVES, Nº 726			CEP: 29930-670		

02- DESCRIÇÃO DO PROJETO

TÍTULO DO PROJETO: Implantação de melhorias para a modernização e inovação, visando melhoria de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde.	INÍCIO Mar/2025	TÉRMINO Fev/2026
IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO: Incremento Temporário de Custeio dos Serviços de Atenção Especializada à Saúde, para melhorar o atendimento à população incrementando financiamento deste estabelecimento, no valor total de R\$ 250.000,00 (novecentos e cinquenta mil reais), conforme Portaria nº GM/MS Nº 3.668, de 29 de abril de 2024 e considerando a CIB Nº 003/2025, serão realizadas as seguintes metas e ações: • Realização de procedimentos cirúrgicos eletivos no total de 57, sendo 15 Histerectomia Total com anexos, 15 Histerectomia Total, 5 Laparotomia Exploratória, 5 Miomectomia Uterina, 5 Ooforectomia, 7 Perineoplastia sem Sling, e 5 Salpingectomia, incluindo Consulta Pré-operatória, Exames Laboratoriais, Exames de Imagem (conforme		

avaliação médica), Avaliação de Risco Cirúrgico, Avaliação anestesista, Procedimento Cirúrgico, Análise Histopatológica e Consulta Pós-operatória.

03. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIRO

Meta	ESPECIFICAÇÃO	VALOR APLICADO	Duração	
			Início	Término
1	Procedimentos Cirúrgicos Eletivos	250.000,00	Mar/2025	Fev/2026
TOTAL			R\$ 250.000,00	

04. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

O cronograma de execução para a realização de cirurgias eletivas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) visa aprimorar a utilização dos recursos e assegurar um atendimento de qualidade, respeitando os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Além de realizar os procedimentos cirúrgicos, o processo abrangerá o acompanhamento completo das fases pré-operatória e pós-operatória.

05 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

META	AÇÕES	MAR/2025 A FEV/2026
1.1	Execução de procedimentos ginecológicos cirúrgicos eletivos.	R\$ 250.000,00

06. DECLARAÇÃO

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

São Mateus, 12 de Março de 2025.



Diretor-Presidente

07 - Aprovação PELA CONCEDENTE

Aprovado

Vitória, ____ de _____ de 2025.

Concedente/assinatura

CASA DE NOSSA SENHORA APARECIDA- HOSPITAL MATERNIDADE SÃO MATEUS

Meta	ESPECIFICAÇÃO	PRINCIPAIS AÇÕES	mar/25	abr/25	mai/25	jun/25	jul/25	ago/25	set/25	out/25	nov/25	dez/25	jan/26	fev/26
1	Procedimentos Ciúrgicos Eletivos Incremento temporário das Emendas (MAC)	1- Entregar à SESA o Plano de Trabalho												
		2- Receber da SESA o nome completo do pacientes com contato telefonico e procedimento;												
		3- Agendamento;												
		4- Envio mensal da relação dos procedimentos realizados.												



Data: 12/ 03/2025

Gleison Marcos Nimer

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

HEBER DE SOUZA LAUAR
SUBSECRETARIO ESTADO
SSEC - SESA - GOVES
assinado em 13/03/2025 13:57:19 -03:00

GLEISON MARCOS NIMER
CIDADÃO
assinado em 13/03/2025 13:26:01 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 13/03/2025 13:57:19 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por JANICY PINHEIRO ALVES (ADMINISTRADOR - DT - NECORC - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2025-PHR197>