



CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 012/2022

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-GN2G0

4º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 012/2022, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE ESPÍRITO SANTO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E A SANTA CASA DE IÚNA, 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 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 364-S, de 10/02/2023 e, do outro lado a **SANTA CASA DE IÚNA**, caracterizado como hospital filantrópico, inscrita no CNPJ sob nº. 27.553.841/0001-82, situada à Av. Presidente Tancredo Neves, 381, Bairro Niterói, Iúna – ES, doravante denominado (a) **CONVENIENTE**, neste ato representado por seu Representante Legal o Sr.^a **ANDREIA FLORINDO DE ALMEIDA OLIVEIRA** inscrito no CPF sob o nº. **005.372.977-31**, resolvem celebrar o presente 4º Termo Aditivo ao Convênio de Contratação 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 GM/MS nº 443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11-05-2023, e **(b)** acréscimo financeiro de **R\$ 96.692,55** (noventa e seis mil e seiscentos e noventa e dois reais e cinquenta e cinco centavos) referente Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria GM/MS nº 443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11-05-2023, conforme Documento Descritivo – DODE.
- 1.2 - Os serviços conveniados encontram-se discriminados no DODE, previamente definido entre as partes, na Ficha de Programação Orçamentária e na Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, que integram este TERMO ADITIVO AO 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\$ 5.583.556,92** (cinco milhões e quinhentos e oitenta e três mil e quinhentos e cinquenta e seis reais e noventa e dois centavos).
- 6.1.1 - O Recurso Financeiro aplicado ao **Convênio de contratação** inicial foi de **R\$ 4.988.005,80** (quatro milhões novecentos oitenta e oito mil cinco reais e oitenta centavos).
- 6.1.2 - O Recurso Financeiro aplicado ao **1º Termo Aditivo** foi de **R\$ 400.000,00** (quatrocentos mil reais).
- 6.1.3 - O Recurso Financeiro aplicado ao **2º Termo Aditivo** foi de **R\$ 53.850,95** (cinquenta e três mil e oitocentos e cinquenta reais e noventa e cinco centavos).
- 6.1.3 - O Recurso Financeiro aplicado ao **3º Termo Aditivo** foi de **R\$ 45.007,92** (quarenta e cinco mil e sete reais e noventa e dois centavos).
- 6.1.4 - O Recurso Financeiro aplicado ao **4º Termo Aditivo** será de **96.692,25** (noventa e seis mil e seiscentos e noventa e dois reais e vinte e cinco centavos)
- 6.2 - O detalhamento do repasse a partir do mês de Maio/2023 se dará da seguinte forma:



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

6.2.1 - Para a execução do convênio de contratualização, a **CONVENENTE** receberá recursos financeiros de **R\$ 1.388.701,62** (um milhão e trezentos e oitenta e oito mil e setecentos e um reais e sessenta e dois centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.

6.2.2- A parcela pré-fixada importa em **R\$ 1.239.595,89** (um milhão e duzentos e trinta e nove mil e quinhentos e noventa e cinco reais e oitenta e nove centavos), e será transferida à **CONVENENTE** no mês de maio o valor de **R\$ 477.660,13** (quatrocentos e setenta e sete mil e seiscentos e sessenta reais e treze centavos) referente a Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria GM/MS nº 443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11-05-2023, e nos meses de junho e julho em parcela mensal de **R\$ 380.967,88** (trezentos oitenta mil novecentos sessenta e sete reais e oitenta e oito centavos) conforme o quadro de detalhamento, e oneram recursos de transferência da União ao Fundo Estadual de Saúde e recursos próprios da **CONCEDENTE**.

6.2.3- Oitenta por cento (80%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 1.011.015,16** (um milhão e onze mil e quinze reais e dezesseis centavos), e será transferida à **CONVENENTE** no mês de maio o valor de **R\$ 401.466,55** (quatrocentos e um mil e quatrocentos e sessenta e seis reais e cinquenta e cinco centavos) referente a Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria GM/MS nº 443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11-05-2023, e nos meses de junho e julho em parcela mensal de **R\$ 304.774,30** (trezentos e quatro mil setecentos e setenta e quatro reais e trinta centavos) fixo e repassado mensalmente.

6.2.4- Vinte por cento (20%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 228.580,73** (duzentos e vinte e oito mil e quinhentos e oitenta reais e setenta e três centavos) por 3 meses, em parcelas mensais de **R\$ 76.193,58** (setenta e seis mil cento e noventa e três reais e cinquenta e oito 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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

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\$ 104.097,81** (cento e quatro mil e noventa e sete reais e oitenta e um centavos), por 03 (TRÊS) meses, em parcelas mensais estimadas de **R\$ 34.699,27** (trinta e quatro mil e seiscentos e noventa e nove reais e vinte e sete centavos).

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, estimando-se um valor de **R\$ 45.007,92** (quarenta e cinco mil e sete reais e noventa e dois centavos), em parcelas mensais estimadas de **R\$ 15.002,64** (quinze mil e dois reais e sessenta e quatro centavo) com Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº 090, de 03/02/2023 e Resolução de CIB nº004/2023.

6.2.9- O faturamento hospitalar não vincula obrigações de pagamento federal ou estadual, com exceção do faturamento FAEC, não sendo reconhecidas 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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor.

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

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL			
PRÉ-FIXADO 80%	Mensal - Maio (R\$)	Junho- Julho (2 Meses) (R\$)	Total (R\$)
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 246.451,58	R\$ 492.903,17	R\$ 739.354,75
Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- Recurso Estadual	R\$ 6.720,00	R\$ 13.440,00	R\$ 20.160,00
Incentivo Federal (IAC) - Recurso Federal	R\$ 48.426,02	R\$ 96.852,04	R\$ 145.278,06
Incentivo Federal (INTEGRASUS) - Recurso Federal	R\$ 3.176,70	R\$ 6.353,40	R\$ 9.530,10
Portaria MS nº443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11-05-2023 - Parcela única - Recurso Federal	R\$ 96.692,25	R\$ -	R\$ 96.692,25
SUBTOTAL - Recurso Estadual	R\$ 253.171,58	R\$ 506.343,17	R\$ 759.514,75
SUBTOTAL - Recurso Federal	R\$ 148.294,97	R\$ 103.205,44	R\$ 251.500,41
TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 401.466,55	R\$ 609.548,61	R\$ 1.011.015,16
PRÉ-FIXADO 20%	Mensal - Maio (R\$)	Junho- Julho (2 Meses) (R\$)	Total (R\$)
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 61.612,90	R\$ 123.225,79	R\$ 184.838,69
Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- Recurso Estadual	R\$ 1.680,00	R\$ 3.360,00	R\$ 5.040,00
Incentivo Federal (IAC)- Recurso Federal	R\$ 12.106,51	R\$ 24.213,02	R\$ 36.319,53
Incentivo Federal (Integrasus)- Recurso Federal	R\$ 794,17	R\$ 1.588,34	R\$ 2.382,51
SUBTOTAL - Recurso Estadual	R\$ 63.292,90	R\$ 126.585,79	R\$ 189.878,69
SUBTOTAL - Recurso Federal	R\$ 12.900,68	R\$ 25.801,36	R\$ 38.702,04
TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 76.193,58	R\$ 152.387,15	R\$ 228.580,73
TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL	R\$ 316.464,48	R\$ 632.928,96	R\$ 949.393,44
TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL	R\$ 161.195,65	R\$ 129.006,80	R\$ 290.202,45
TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 477.660,13	R\$ 761.935,76	R\$ 1.239.595,89

COMPONENTE PÓS-FIXADO	Mensal - Maio (R\$)	Junho- Julho (2 Meses) (R\$)	Total (R\$)
Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média complexidade - Recurso Estadual	R\$ 34.699,27	R\$ 69.398,54	R\$ 104.097,81
CIRURGIAS ELETIVAS PORTARIA GM/MS Nº090-RECURSO FEDERAL FAEC	R\$ 15.002,64	R\$ 30.005,28	R\$ 45.007,92



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL	R\$ 34.699,27	R\$ 69.398,54	R\$ 104.097,81
TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL	R\$ 15.002,64	R\$ 30.005,28	R\$ 45.007,92
TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 49.701,91	R\$ 99.403,82	R\$ 149.105,73
TOTAL DO CONVÊNIO	R\$ 527.362,04	R\$ 861.339,58	R\$ 1.388.701,62

CLÁUSULA TERCEIRA- DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

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

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

Vitória/ES, 26 de maio de 2023.

CONCEDENTE:

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

CONVENENTE:

Andreia Florindo de Almeida Oliveira
PRESIDENTE DO HOSPITAL

TESTEMUNHAS:

1ª) _____
CPF: _____

2ª) _____
CPF: _____



DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o 4º **Termo Aditivo ao Convênio nº. 012/2022** 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 4º **Termo Aditivo ao Convênio nº. 012/2022** correrá à conta do orçamento do Fundo Estadual de Saúde da CONCEDENTE conforme especificado abaixo:

- Programa de Trabalho: 10.302.0047.4705 – Assistência Complementar à Rede Pública de Saúde
- UG: 440.901
- Gestão: 44901
- Natureza de Despesa: 3.3.50.39.00 e /ou 3.3.90.39.00
- Fontes de Recursos: 1500100200 e 1600000000

Vitória, 26 de maio de 2023.


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



ANEXO I

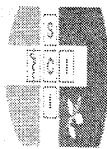
DOCUMENTO DESCRITIVO – 4 ° TERMO ADITIVO

SANTA CASA DE IÚNA

CONVÊNIO Nº 012/2022

PROCESSO E-DOCS: 2022-GN2G0





SANTA CASA DE IÚNA

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

GESTORA

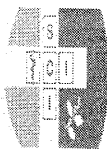
ANDREIA FLORINDO DE ALMEIDA OLIVEIRA

DIRETOR TÉCNICO

JANAINA TAVARES DE ASSIS

SUMÁRIO

I – IDENTIFICAÇÃO.....	03
II – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL.....	04
III – CNES	04
IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS	04
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.....	09
XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS.	13
APROVAÇÃO	14
ANEXOS	15

**SANTA CASA DE IÚNA**

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**I - IDENTIFICAÇÃO**

Conveniente		CNPJ	
SANTA CASA DE IÚNA		27.553.841/0001-82	
Endereço		Município	UF
Av. Presidente Tancredo Neves – 381 Niterói		IÚNA	ES
CEP		CNPES	
29390000			
Macrorregião	Microrregião	SRS	CNES
Sul	Guaçuí	Cachoeiro de Itapemirim	2650533
Telefone	Fax	E-mail	
(28) 3545-1170	(28) 3545-1213	santacasa.iuna@gmail.com	
Nome do Responsável			
ANDREIA FLORINDO DE ALMEIDA OLIVEIRA			
CPF	Função	Período de vigência	
005.372.977-31	Administradora		
CI	Órgão expedidor	05/2023 a 31/07/2023	
8.502.827	SSP-MG		
Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.			
Banco	Agência	Conta Corrente	Praça
Banestes	0123	35.307.255	IÚNA-ES
Missão			
Atendimento ao ser humano como missão principal do hospital. Oferecer assistência inovadora a saúde.			
Visão			
Ser reconhecida pela sociedade como hospital de referência em média complexidade evidenciada pela qualidade e humanização em seus serviços.			
Valores			
Ética, humanização, comprometimento e responsabilidade, filantropia.			
Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:			
A Santa Casa de Iúna é uma entidade filantrópica sem fins lucrativos, que atende a região do Caparaó especialmente os municípios de Iúna, Irupi, Ibatiba, Ibitirama e Muniz Freire e esta referenciada em média complexidade, assistência em pronto atendimento aos pacientes com risco de vida e paciente com necessidades de atendimento especializado. Abrange internações com recurso de diagnóstico e tratamento necessário.			
Área de Abrangência			
Região Sul.			
Estrutura tecnológica e capacidade instalada			
Conforme registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e nos formulários informados para Censo Hospitalar.			

II - CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

Tipo de Estabelecimento	☒ Geral	☐ Especializado
Natureza	☐ Público	☒ Filantrópico ☐ Privado
Número de Leitos - CNES	Geral: 76	SUS: 65
Serviço de Urgência e Emergência	☒ Sim	☐ Não ☒ Porta Aberta – ☐ Referenciado
Serviço de Maternidade	☒ Sim	☐ Não Se sim, habilitado-GAR ☐ Sim ☒ Não
Habilitação em Alta Complexidade	☐ Sim	☒ Não Quais:
Inserção nas Redes de Atenção a Saúde	☐ Sim	☒ Não Se sim, quais.
Classificação do Porte Hospitalar	☐ Estruturante ☐ Estratégico ☒ Apoio e/ou Maternidade ☐ Apoio – Potencial Cirurgias Eletivas	

III – CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES

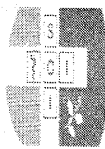
A descrição da estrutura física, tecnológica, necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização encontra-se no **Anexo C**.

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 nº076-R, de 19 de maio de 2022.

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

- Definição de todas as ações e serviços de saúde nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital;



SANTA CASA DE IÚNA

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

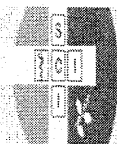
- A definição do perfil assistencial dos hospitais e da Grade de Referência Hospitalar e Pré-Hospitalar;
- A definição das metas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratualizados;
- A definição das metas qualitativas e desempenho na prestação das ações e serviços contratualizados;
- 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 passará a ter validade com a publicação no site da Secretaria de Estado da Saúde.

Os municípios de referência de cada hospital/especialidade serão validados através da publicação da Grade de Referência publicada no site da Secretaria de Estado da Saúde.

LINHA DE CUIDADOS	TIPO DE ATENDIMENTO	ACESSO	FAIXA ETÁRIA	RECURSOS DE URGÊNCIA	RECURSOS GERAIS
CIRURGIA GERAL-ELETIVAS	CIRURGIAS DO DO APARELHO DIGESTIVO, ORGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL ELETIVAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE, COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS DO SERVIÇO	REGULAÇÃO AMBULATORIAL REGULAÇÃO DE LEITOS	ADULTO	NAO	SIM



SANTA CASA DE IÚNA
FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LINHA DE CUIDADOS	TIPO DE ATENDIMENTO	ACESSO	FAIXA ETÁRIA	RECURSOS DE URGÊNCIA	RECURSOS GERAIS
CLÍNICA MÉDICA - LEITOS DE SUPORTE	CLÍNICA MÉDICA GERAL, CUIDADOS PALIATIVOS CUIDADOS PROLONGADOS	REGULAÇÃO DE LEITOS	ADULTO	NÃO	SIM
PEDIATRIA	CLÍNICA PEDIÁTRICA GERAL	PRONTO SOCORRO REFERENCIADO REGULAÇÃO DE LEITOS	PEDIÁTRICO	SIM	SIM

OBSERVAÇÕES:

- HIFA - Referência para os serviços em casos de complicações graves: HAP, HEI, UIJM, HSCMI e HSCMc.
- Leitos de suporte em clínica médica ou pediátrica são aqueles destinados às transferências dos pacientes para possibilitar o fluxo assistencial de UPA/PA e dos leitos especializados em alta complexidade, que garantirá o acesso à internação para as Portas de Entrada da Rede de Atenção à Saúde, com assistência oportuna, ágil, qualificada e humanizada, incluindo em estratégias de contingência.

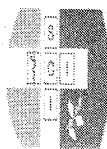
VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

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;
 - qualificação e disponibilidade de leitos de sala vermelha – Pronto Socorro;
 - consultas ambulatoriais especializadas para referência ambulatorial e/ou linha de cuidado – Auto Regulação Formativa Territorial – ARFT;
 - incentivos federais nos termos das respectivas normas e efetivação de repasses federais.

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

Os hospitais estruturantes deverão disponibilizar 10 (dez) leitos de sala vermelha no Pronto Socorro ou, se adequar no prazo de 06 (seis) meses; sendo que, até a sua adequação deverá



SANTA CASA DE IÚNA

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

receber o valor proporcional à quantidade de leitos disponibilizados no ato da celebração do convênio de contratualização e termos aditivos.

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 – Internações (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 Adulto	31
Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto	04
Clínica Pediátrica - Enfermaria	05
Clínica Obstétrica – Risco Habitual	06
TOTAL	46

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, por meio da Auto Regulação Formativa Territorial.

Especialidade	Nível de atenção	Quant. Horas Mês
Consulta em Cirurgia Ginecológica	IV	20
Consultas em Cirurgia Geral	IV	20
Consulta em Cardiologia para risco cirúrgico	VI	30
TOTAL DE HORAS		70

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 pela mesma.

9.2 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

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

TIPO DE EXAME	QUANTIDADE MÊS
Diagnóstico em laboratório clínico	344
Diagnóstico por radiologia	323
Diagnóstico por ultrassonografia	150
Diagnóstico por Endoscopia	48
Métodos Diagnósticos em Especialidades	70
Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	01

O detalhamento de cada subgrupo por forma organizacional consta no anexo de SIA de média complexidade.

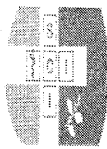
X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO

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

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

1. Qualificação da estrutura e processos





SANTA CASA DE IÚNA

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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	Janeiro/2022 a Abril/2023
2º Quadrimestre	Abril	Maio a Agosto/2023
3º Quadrimestre	Agosto	Setembro a Dezembro/2023

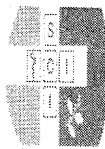
O desempenho alcançado pela conveniente, em cada uma das apurações quadrimestrais, impactará no repasse financeiro dos 20% do valor global pré-fixado, de acordo com o estabelecido no quadro abaixo:

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

≥ 72 a < 74	70%
≥ 70 a < 72	80%
< 70	90%

10.2 Score de Indicadores de Qualidade e Desempenho Hospitalar

DESCRIÇÃO	META	SCORE MÁXIMO
1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS		10,0
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 (ONA)	Apresentar no 1º Quadrimestre 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		10,0
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; 70% em até 18 meses; 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



SANTA CASA DE IÚNA

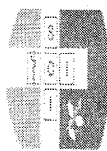
FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL		20,0
3.1. Eventos adversos infecciosos graves	Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.	10,0
3.2. Eventos adversos não infecciosos graves		5,0
3.3. Reinternações Hospitalares		5,0
4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO		10,0
4.1. Experiência do Usuário Pesquisa avaliada pela metodologia do NPS (Net Promoter Score).	Parâmetro de Transição: Indicador 50 NPS no 4º mês do primeiro quadrimestre.	10,0
	Carência dos primeiros 3 (três) meses par implantação, monitoramento e avaliação	
	Indicador padronizado a partir do segundo quadrimestre.	5 Pts Atingir o NPS 50 10 Pts Atingir o NPS 65
5. ACESSO AO SISTEMA		15,0
5.1. Acesso Hospitalar	100% dos pacientes aceitos do perfil	3,0
5.2. Tempo de Regulação	100% das solicitações respondidas em até 2 horas	3,0
5.3. Acesso pela ARFT	1º Quadrimestre: 10-20% dos atendimentos por meio de opinião formativa A partir do 2º Quadrimestre: 15-30% dos atendimentos por meio de opinião formativa	2,0
5.4. Prazo de atendimento das consultas da ARFT (Presencial ou por Telemedicina)	1º Quadrimestre: 70% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II A partir do 2º Quadrimestre: 95% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II	3,0
5.5. Fila Cirúrgica <u>PRAZOS PARA REALIZAÇÃO DAS CIRURGIAS:</u> - Emergente: Até 1 hora - Urgente: Até 24 horas - Eletivo Urgente: Até 14 dias - Eletivo (Essencial): Até 90	1º Quadrimestre: 70% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos A partir do 2º Quadrimestre: 95% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos	4,0

dias - Eletivo Não Essencial: Até 150 dias		
6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO		15,0
6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise nos indicadores abaixo: • Internação por causas sensíveis à atenção primária; • Média de Permanência; • Taxa de Reinternação; • 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. - 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
7. CONTINUIDADE DOS CUIDADOS		5,0
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: 1º Quadrimestre: 20% das altas 2º Quadrimestre: 40% das altas 3º Quadrimestre: 80% das altas	5,0
8. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL		10
8.1. 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	1,0
8.2. Classificação de Risco (Manchester ou outras).	100% das gestantes avaliadas no protocolo de risco	1,0
8.3. 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	2,0



SANTA CASA DE IÚNA

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

8.4. Taxa de Cesárea	Máximo de 30% de partos cesáreos	2,0
8.5. Proporção de RN com apgar de 5º minuto menor que 7	Máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto abaixo de 7	2,0
8.6. Cobertura Vacinal na Maternidade – BCG e Hepatite B	100% dos RN que receberam as vacinas de BCG e Hepatite B na maternidade	1,0
8.7. 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.	1,0
9. AVALIAÇÃO E AUDITORIA		5,0
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 5,0
TOTAL		100,0

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%	Mensal - Maio (R\$)	Junho- Julho (2 Meses) (R\$)	Total (R\$)
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 246.451,58	R\$ 492.903,17	R\$ 739.354,75
Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- Recurso Estadual	R\$ 6.720,00	R\$ 13.440,00	R\$ 20.160,00
Incentivo Federal (IAC) - Recurso Federal	R\$ 48.426,02	R\$ 96.852,04	R\$ 45.278,06
Incentivo Federal (INTEGRASUS) - Recurso Federal	R\$ 3.176,70	R\$ 6.353,40	R\$ 9.530,10
Portaria MS nº443, de 03/04/2023 e Portaria Estadual nº 033-R, de 11-05-2023 - Parcela única - Recurso Federal	R\$ 96.692,25	R\$ -	R\$ 96.692,25
SUBTOTAL - Recurso Estadual	R\$ 253.171,58	R\$ 506.343,17	R\$ 759.514,75
SUBTOTAL - Recurso Federal	R\$ 148.294,97	R\$ 103.205,44	R\$ 51.500,41



SANTA CASA DE IUNA

FUNDADA EM 13 DE JULHO DE 1959



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 401.466,55	R\$ 609.548,61	R\$ 1.011.015,16
PRÉ-FIXADO 20%	Mensal - Maio (R\$)	Junho- Julho (2 Meses) (R\$)	Total (R\$)
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 61.612,90	R\$ 123.225,79	R\$ 184.838,69
Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- Recurso Estadual	R\$ 1.680,00	R\$ 3.360,00	R\$ 5.040,00
Incentivo Federal (IAC)- Recurso Federal	R\$ 12.106,51	R\$ 24.213,02	R\$ 36.319,53
Incentivo Federal (Integrassus)- Recurso Federal	R\$ 794,17	R\$ 1.588,34	R\$ 2.382,51
SUBTOTAL - Recurso Estadual	R\$ 63.292,90	R\$ 126.585,79	R\$ 189.878,69
SUBTOTAL - Recurso Federal	R\$ 12.900,68	R\$ 25.801,36	R\$ 38.702,04
TOTAL DO RECURSO ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 76.193,58	R\$ 152.387,15	R\$ 228.580,73
TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL	R\$ 316.464,48	R\$ 632.928,96	R\$ 949.393,44
TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL	R\$ 161.195,65	R\$ 129.006,80	R\$ 290.202,45
TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 477.660,13	R\$ 761.935,76	R\$ 1.239.595,89

COMPONENTE PÓS-FIXADO	Mensal - Maio (R\$)	Junho- Julho (2 Meses) (R\$)	Total (R\$)
Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média complexidade - Recurso Estadual	R\$ 34.699,27	R\$ 69.398,54	R\$ 104.097,81
CIRURGIAS ELETIVAS PORTARIA GM/MS Nº090-RECURSO FEDERAL FAEC	R\$ 15.002,64	R\$ 30.005,28	R\$ 45.007,92
TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL	R\$ 34.699,27	R\$ 69.398,54	R\$ 104.097,81
TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL	R\$ 15.002,64	R\$ 30.005,28	R\$ 45.007,92
TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 49.701,91	R\$ 99.403,82	R\$ 149.105,73
TOTAL DO CONVÊNIO	R\$ 527.362,04	R\$ 861.339,58	R\$ 1.388.701,62

APROVAÇÃO

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de R\$ 1.388.701,62 (um milhão e trezentos e oitenta e oito mil e setecentos e um reais e sessenta e dois centavos).

Assinatura e carimbo da Concedente

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


Assinatura

Assinatura e carimbo da Conveniente

Nome: Nome: ANDREIA FLORINDO DE ALMEIDA OLIVEIRA
CPF: 005.372.977-31


Assinatura

Vitória (ES), 26 de maio de 2023.



SANTA CASA DE IUNA

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1995



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXOS

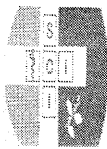
ANEXO A: ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

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

ANEXO C – CNES

ANEXO A - ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS





SANTA CASA DE IÚNA
FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LEITOS HOSPITALARES

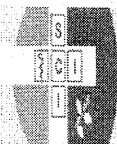
RECURSO ESTADUAL				
TIPO DE LEITOS	Nº LEITOS	QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS	VALOR DIÁRIA DE LEITO	VALOR TOTAL MENSAL
Clinica Médica – Enfermaria Adulto	31	801,04	R\$ 175,00	R\$ 140.182,00
Clinica Cirúrgica – Enfermaria Adulto	4	103,36	R\$ 195,00	R\$ 20.155,20
Clinica Obstétrica - Risco Habitual	6	155,04	R\$ 807,00	R\$ 125.117,28
Clinica Pediátrica – Enfermaria	5	129,2	R\$ 175,00	R\$ 22.610,00
TOTAL	46			R\$ 308.064,48

AUTO REGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

RECURSO ESTADUAL			
ESPECIALIDADE	QUANT. HORAS MÊS	VALOR HORA	VALOR TOTAL MÊS
Consulta em Cirurgia Ginecológica	20	R\$ 120,00	R\$ 2.400,00
Consulta em Cirurgia Geral	20	R\$ 120,00	R\$ 2.400,00
Consulta em Cardiologia para risco cirúrgico	30	R\$ 120,00	R\$ 3.600,00
TOTAL DE HORAS	70		R\$ 8.400,00

SIA MÉDIA COMPLEXIDADE

RECURSO ESTADUAL					
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/mês	Valor Unitário	Valor/mês
02- Procedimentos c/ Finalidade Diagnóstica	02 - Diagnóstico por Análises Clínicas	01 - Exames Bioquímicos	56	R\$ 2,34	R\$ 131,04
		02 - Exames Hematológicos e Hemostasia	132	R\$ 3,90	R\$ 514,80
		03 - Exames	52	R\$ 2,93	R\$ 152,36



SANTA CASA DE IÚNA

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

		Sorológicos e Imunológicos				
		05 - Exames de Uroanálise	79	R\$	3,70	R\$ 292,30
		06 - Exames hormonais	25	R\$	7,85	R\$ 196,25
	04- Diagnóstico p/ Radiologia	01- Exames Rad.Cabeça e Pescoço	21	R\$	7,31	R\$ 153,51
		02- Exames Rad.Coluna Vertebral	16	R\$	10,83	R\$ 173,28
		03- Exames Rad.Torax e Mediastino	135	R\$	7,11	R\$ 959,85
		04- Exames Rad.Cintura Escapular e dos Membros Superiores	66	R\$	6,82	R\$ 450,12
		05 - Exames Rad.Abdomen e Pelve	2	R\$	7,12	R\$ 14,24
		06 - Exames Rad. Cintura Pelvica e dos Membros Inferiores	83	R\$	7,14	R\$ 592,62
	05- Diagnóstico por ultrassonografia	02- Ultrassonografia dos demais sistemas	150	R\$	31,07	R\$ 4.660,50
	09- Diagnóstico por Endoscopia	01- Esofagogastroduodenoscopia	30	R\$	48,16	R\$ 1.444,80
		01- Colonoscopia	18	R\$	112,66	R\$ 2.027,88
	11 - Métodos diagnosticos em especialidades	02 - Diagnostico em cardiologia	70	R\$	5,15	R\$ 360,50
	12 - Diagnóstico e proced especiais em hemoterapia	01 - Exames do doador/receptor	1	R\$	17,03	R\$ 17,03
03- Procedimentos Clinicos	01- Consultas/ Atendimento s/ Acompanhamentos	01 - Consulta outros profissionais de nível superior - Não médicas	1.815	R\$	6,30	R\$ 11.434,50
		06 - Consulta/ Atendimento as urgencias	1.000	R\$	9,90	R\$ 9.900,00
03- Procedimentos Clinicos	01- Consultas/ Atendimento s/ Acompanhamentos	10 - Atendimento de Enfermagem (geral)	1.650	R\$	0,48	R\$ 792,00
	06- Hemoterapia	02 - Medicina transfusional	1	R\$	8,09	R\$ 8,09



SANTA CASA DE IÚNA

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

04- Procedimentos Cirurgicos	01- Pequena Cirurgia e Cirurgia de pele, tecido subcutaneo e mucosa	01 - Pequenas Cirurgias	35	R\$	11,82	R\$	413,70
08-Ações complementare s da atenção à saúde	03- Autorização / Regulação	01 - Deslocamento/Ajuda de Custo	2	R\$	4,95	R\$	9,90
TOTAL			5.439			R\$	34.699,27

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

INCENTIVOS FEDERAIS

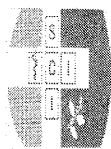
RECURSO FEDERAL			
TIPO INCENTIVO	80%	20%	TOTAL
IAC - Portaria 3.166 de 20 de dezembro de 2013)	R\$ 48.426,02	R\$ 12.106,51	R\$ 60.532,53
INTEGRASUS	R\$ 3.176,70	R\$ 794,17	R\$ 3.970,87
TOTAL	R\$ 51.602,72	R\$ 12.900,68	R\$ 64.503,40

CIRURGIAS ELETIVAS

CIRURGIAS ELETIVAS PORTARIA GM/MS N°090-RECURSO FEDERAL FAEC						
Procedimento	Quant. Mês	Valor Tabela SUS	Valor Complementação	Valor Unitário Total - Procedimento	Valor mês	Complementa ção
04.06.02.056-6 - Tratamento Cirúrgico de Varizes Bilateral	12	R\$ 833,48	R\$ 416,74	R\$ 1.250,22	R\$ 15.002,64	50%

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





SANTA CASA DE IÚNA

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1855



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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	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: • Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; • Alvará de Autorização Sanitária; • Alvará de Localização e Funcionamento; • Certificado de Autorização de Funcionamento Farmácia (AFE) – ANVISA; • Certificado de Inscrição de Pessoa Jurídica – CRM; • Anotação de Responsabilidade Técnica (Médico (CRM), Enfermagem (Coren) e farmacêutico (CRF)); • Regimento interno do corpo clínico; • Registo de todos os médicos em atividade no CRM; • Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros – AVCB; Primeira avaliação imediatamente antes do início da operação
Método de Cálculo	$\frac{\text{Número de Alvarás e licenças atualizadas}}{\text{Número de Alvarás e licenças relacionadas}} \times 100$
Periodicidade	Contínuo
Responsável	Hospital

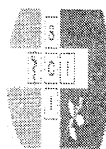
1. 2 – Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)

Meta	Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada
Objetivo	O processo de avaliação voluntário coordenado pela ONA atua por intermédio de instituições acreditadoras (IAC's), as quais têm a responsabilidade de proceder a avaliação e a certificação da qualidade nas organizações de saúde. Ao final do processo de avaliação a organização de saúde será acreditada se atingir os percentuais de atendimento dos requisitos por subseção, relativos ao nível, podendo ser considerada: • Acreditada, se atingir conformidade com os requisitos de nível 1; • Acreditada pleno, se atingir conformidade com os requisitos de nível 1 e 2; • Acreditada com Excelência, se atingir conformidade com os requisitos de nível 1, 2 e 3.
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; 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: • Certificado de Conclusão de Residência Médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do MEC; • Título de Especialista concedido por Associação ou Sociedade Brasileira da respectiva especialidade, que



SANTA CASA DE IÚNA

FUNDADA EM 13 DE JULHO DE 1955



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

	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.
Método de Cálculo	Registo: Certificados do corpo clínico ativo e Lista de médicos cadastrados no CRM Total de médicos com título de especialista na sua área de atuação dividido pelo Total de médicos que compõem o corpo clínico registrado no CRM x 100
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	Promover melhor qualidade assistencial por meio de treinamentos.
Método de Cálculo	Horas de treinamento executada dividido pelo total de horas programadas no Plano x 100 Registo em livro de Reuniões com tema abordado, data, público alvo, palestrante e horas de treinamento realizado.
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 Infeciosos graves. A ocorrência de eventos adversos (condições adquiridas) tem um importante impacto no sistema de saúde, contribuindo para o aumento do tempo de permanência do paciente, impactando no desfecho clínico, acarretando o aumento na morbi

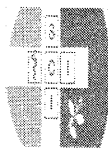
	mortalidade e aumento os custos assistenciais. Se faz necessário conhecer a abrangência e a real magnitude da sua ocorrência, para identificação de fatores associados e definição de ações para o efetivo controle do impacto dos eventos adversos no sistema de saúde local.
Método de Cálculo	Critério diagnóstico: Anvisa $\frac{\text{Número Eventos Adversos Infeciosos graves ocorridos}}{\text{Número de altas hospitalares}} \times 100$
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 morbi mortalidade e aumento os custos assistenciais. Se faz necessário conhecer a abrangência e a real magnitude da sua ocorrência, para identificação de fatores associados e definição de ações para o efetivo controle do impacto dos eventos adversos no sistema de saúde local.
Método de Cálculo	$\frac{\text{Número Eventos Adversos não Infeciosos graves ocorridos}}{\text{Número de altas hospitalares}} \times 100$
Periodicidade	Mensal
Responsável	Hospital

3 3: Reinternações Hospitalares

Meta	Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.
-------------	---



SANTA CASA DE IÚNA

FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1865



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Objetivo	Diminuir as reinternações nos primeiros 30 dias após a alta por evento adverso infecciosos adquirido no hospital e manifesto ou agravado após a alta Hospitalar ou com o mesmo diagnostico (CID) da primeira internação. A ocorrência de readmissões hospitalares nos primeiros 30 dias após a alta tem um importante impacto no sistema de saúde, contribuindo para o aumento do tempo de permanência do paciente, impactando no desfecho clínico, acarretando o aumento na mor imortalidade e aumento dos custos assistenciais. Se faz necessário conhecer a abrangência e a real magnitude da sua ocorrência, para identificação de fatores associados e definição de ações para o efetivo controle do impacto dos eventos adversos no sistema de saúde local.
Método de Cálculo	Número de readmissões em 30 dias após a alta dividido pelo Número de altas x 100
Periodicidade	Mensal
Responsável	Hospital

4 - EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO

4.1: Experiência do Usuário

Meta	Parâmetro de Transição: Indicador nota 50 NPS no 4º mês do primeiro quadrimestre. Carência dos primeiros 3 (três) meses para implantação, monitoramento e avaliação 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 - ACESSO DO USUÁRIO

5.1: Acesso hospitalar

Meta	Aceitação dos 100% dos pacientes para internação para os leitos contratualizados e disponibilizadas eletronicamente na central de regulação de internação.
Objetivo	Garantir acesso rápido e seguro
Método de Cálculo	Número de pacientes aceitos dividido pelo numero de solicitações cadastradas para o hospital x 100
Periodicidade	Mensal
Fonte dos dados	Central de Regulação de Internação

5. 2: Tempo de Regulação

Meta	100% das solicitações respondidas em até 2 horas
Objetivo	Garantir acesso rápido e seguro
Método de Cálculo	Número de solicitações respondidas em até 2 horas dividido pelo numero de solicitações cadastradas para o hospital x 100
Periodicidade	Mensal
Origem do dado	Central de Regulação de Internação

5.3 :Acesso pela ARFT

Meta	<u>1º Quadrimestre:</u> 10-20% dos atendimentos por meio de opinião formativa <u>A partir do 2º Quadrimestre:</u> 15-40% dos atendimentos por meio de opinião formativa
Objetivo	Garantir acesso
Método de Cálculo	Número de atendimentos por meio de opinião formativa dividido pelo número de atendimentos realizados x 100
Periodicidade	Mensal
Origem do dado	ARFT - NERCE





5.4: Prazo de atendimento das consultas da ARFT (Presencial ou por Telemedicina)

Meta	<u>1º Quadrimestre:</u> 70% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II <u>A partir do 2º Quadrimestre:</u> 95% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II
Objetivo	Garantir acesso dentro do pactuado
Método de Cálculo	Número de atendimentos realizados dentro do prazo dividido pelo total de atendimentos x 100
Periodicidade	Mensal
Origem do dado	ARFT

5.5: Fila Cirúrgica

Meta	<u>1º Quadrimestre:</u> 70% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos <u>A partir do 2º Quadrimestre:</u> 95% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos
Objetivo	Garantir acesso dentro dos prazos: - Emergente: Até 6 horas - Urgente: Até 24 horas - Eletivo Urgente: Até 14 dias - Eletivo (Essencial): Até 90 dias - Eletivo Não Essencial: Até 150 dias
Método de Cálculo	Número de cirurgias realizadas dentro do prazo dividido pelo total de cirurgias realizadas x 100
Periodicidade	Mensal
Origem do dado	Sistema de AIH Eletrônica

6 - EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO

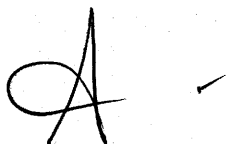
6.1 Eficiência no uso dos recursos, com análise nos indicadores

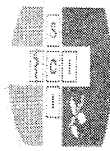
Meta	- Alcançar, até o 18º mês de assinatura do convênio, o percentil de 75% e, até o 24º mês de assinatura do convênio, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores de: • Internação por causas sensíveis à atenção primária; • Média de Permanência; • Taxa de Reinternação; • Condições Adquiridas.
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: 1º Quadrimestre: 20% das altas 2º Quadrimestre: 40% das altas 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





SANTA CASA DE IÚNA
FUNDADA EM 15 DE JULHO DE 1955



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

ANEXO C – CNES

[Handwritten signature]

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 02/05/2023

CNES: 2650533Nome Fantasia: SANTA CASA DE IUNACNPJ: 27.553.841/0001-82

Nome Empresarial: SOCIEDADE CIVIL SANTA CASA DE IUNANatureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

Logradouro: AVENIDA PRESIDENTE TANCREDO NEVESNúmero: 381Complemento: CONJUNTO

Bairro: NITEROI Município: 320300 - IUNAUf: ES

CEP: 29390-000Telefone: (28)3545-1170Dependência: INDIVIDUALReg de Saúde: 002

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERALSubtipo: --Gestão: DUPLA

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: WILSON LOPES CARDOSO NETO

Cadastrado em: 23/12/2002Atualização na base local: 19/12/2022Última atualização Nacional: 01/05/2023

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

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

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL

Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL
AMBULATORIAL	ATENCAO BASICA	MUNICIPAL

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 > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 012 - ATENCAO BASICA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 013 - ASSISTENCIA OBSTETRICA E NEONATAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 015 - ATENCAO HEMATOLOGICA E/OU HEMOTERAPICA

Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	1	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO	1	2
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	2	4
AMBULATORIAL		
CLINICAS BASICAS	2	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	1	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE IMUNIZACAO	1	0
SALA DE NEBULIZACAO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	2
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	1	0

LEITOS RN PATOLOGICO	5	0
SALA DE CIRURGIA	2	2
SALA DE PARTO NORMAL	1	0
SALA DE PRE-PARTO	1	2
SALA DE RECUPERACAO	1	1

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	TERCEIRIZADO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO

Serviços especializados

Código	Serviço	Característica	Ambulatorial		Hospitalar	
			SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
117	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM

Comissões e

Descrição
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
ANALISE DE OBITOS E BIOPISIAS
MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL
FARMACIA E TERAPEUTICA
REVISAO DE PRONTUARIOS
NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2547821
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 007	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	9055029

145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	9055029
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	9055029
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	9055029
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	9055029
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	9055029
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	9055029
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2547821
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
117 - 002	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	TRATAMENTO EM QUEIMADOS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

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

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X ate 100 mA	1	1	SIM
Raio X para Densitometria Ossea	1	0	SIM
Ultrassom Convencional	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Grupo Gerador	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	3	2	SIM
Desfibrilador	3	2	SIM
Equipamento de Fototerapia	2	2	SIM
Incubadora	2	2	SIM
Monitor de ECG	6	6	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	4	4	SIM
Respirador/Ventilador	3	3	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
Endoscopia Digestivo	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS QUIMICOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ESPEC - CIRURGICO		
CIRURGIA GERAL	6	4

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	33	31
OBSTETRICO		
OBSTETRICA CIRURGICA	6	3
OBSTETRICA CLINICA	12	9
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	8	8

Habilitações

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Incentivos

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: -- Motivo desativação: --