



## CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 002/2022

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-KPPHC

3º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 002/2022, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE ESPÍRITO SANTO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, 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 MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**, caracterizado como hospital filantrópico, inscrito no CNPJ sob o nº 27.187.087/0001-04, localizado à Rua Raulino de Oliveira, 67, Centro – Cachoeiro de Itapemirim – ES, doravante denominado(a) **CONVENIENTE**, neste ato representado por seu Representante Legal o **Sr. AFRANIO EMILIO CARVALHO DA SILVA**, inscrito no CPF: 823.675.906-72, residente e domiciliado à Rua Dr. Raulino de Oliveira, 14 – Centro – Cachoeiro de Itapemirim - ES, CEP: 29300-150, resolvem celebrar o presente 3º TERMO ADITIVO ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO para execução de ações e serviços de saúde, tendo em vista o disposto na Constituição da República Federativa de 1988, na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, o art. 116 da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, Portaria MS/GM nº 3.410, de 30/12/2013 e Portarias de Consolidação nº 1, nº 2, nº 3 e nº 5, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria Estadual 076-R, de 19 de maio de 2022, que tratam das normas sobre as políticas nacionais e estadual de saúde do Sistema Único de Saúde, nas correspondentes Lei de Diretrizes Orçamentárias Nº 11.677 - 27.07.22; Lei Orçamentária Anual- LOA Nº 11.767 - 28.12.22 e demais normas e legislação específica mediante as Cláusulas e condições que se seguem:

### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

- 1.1 - O presente Termo Aditivo do Convênio de Contratação que tem por objeto
- (a) Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº 096, de 07/02/2023 e



Portaria Estadual nº017-R, de 02/03/2023, e **(b)** acréscimo financeiro de **R\$ 1.188.593,73** (um milhão, cento e oitenta e oito mil, quinhentos e noventa e três reais e setenta e três centavos ) referente Incorporação de Recurso Financeiro de Portaria MS nº096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº017-R, de 02/03/2023, de, 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 Contratualização** passa a ser de **R\$ 94.043.483,25** (noventa e quatro milhões quarenta e três mil quatrocentos e oitenta e três reais e vinte e cinco centavos).

**6.1.1** - O Recurso Financeiro aplicado ao **Convênio de contratualização** inicial foi de **R\$ 91.544.110,05** (noventa e um milhões quinhentos e quarenta e quatro mil cento e dez reais e cinco centavos).

**6.1.2** - O Recurso Financeiro aplicado ao **1º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.023.000,00** (um milhão e vinte e três mil reais).

**6.1.3** - O Recurso Financeiro aplicado ao **2º Termo Aditivo** foi de **R\$ 287.779,47** (duzentos e oitenta e sete mil setecentos e setenta e nove reais e quarenta e sete centavos).

**6.1.4** - O Recurso Financeiro aplicado ao **3º Termo Aditivo** será de **R\$ 1.188.593,73** ( um milhão, cento e oitenta e oito mil quinhentos e noventa e três reais e setenta e três centavos).

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

**6.2.1** - Para a execução do convênio de contratualização, a **CONVENIENTE** receberá recursos financeiros de **R\$ 24.074.621,24** (vinte e quatro milhões setenta e quatro mil seiscentos e vinte e um reais e vinte e quatro centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.

**6.2.2-** A parcela pré-fixada importa em **R\$ 21.837.726,60** (vinte e um milhões oitocentos e



trinta e sete mil setecentos e vinte e seis reais e sessenta centavos), e será transferida à CONVENIENTE em parcela mensal no mês de **março/2023** no valor de **R\$ 8.071.638,02** (oito milhões, setenta e um mil, seiscentos e trinta e oito reais e dois centavos) com Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº017-R, de 02/03/2023 em **parcela única no valor de R\$ 1.188.593,73** (um milhão, cento e oitenta e oito mil quinhentos e noventa e três reais e setenta e três centavos), e em parcelas mensais de **R\$6.883.044,29** (seis milhões oitocentos e oitenta e três mil quarenta e quatro reais e vinte e nove centavos) **no período de abril a maio/2023**, conforme o quadro de detalhamento, e oneram recursos de transferência da União ao Fundo Estadual de Saúde e recursos próprios da CONCEDENTE.

**6.2.3-** Oitenta por cento (80%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 17.707.900,01** (dezessete milhões setecentos e sete mil novecentos reais e um centavo), em parcela mensal no mês de **março/2023** no valor de **R\$ 6.695.029,16** (seis milhões, seiscentos e noventa e cinco mil, vinte e nove reais e dezesseis centavos) com Incorporação de Recurso Financeiro referente à Portaria MS nº096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº017-R, de 02/03/2023 em **parcela única no valor de R\$ 1.188.593,73** (um milhão, cento e oitenta e oito mil quinhentos e noventa e três reais e setenta e três centavos) e, em parcelas mensais **no período de abril a maio/2023** de **R\$5.506.435,43** (cinco milhões quinhentos e seis mil quatrocentos e trinta e cinco reais e quarenta e três centavos), é fixo e repassado mensalmente.

**6.2.4-** Vinte por cento (20%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 4.129.826,59** (quatro milhões cento e vinte e nove mil oitocentos e vinte e seis reais e cinquenta e nove centavos), em parcelas mensais de **R\$ 1.376.608,86** (um milhão trezentos e setenta e seis mil seiscentos e oito reais e oitenta e seis centavos), é variável e vinculado ao cumprimento das metas de desempenho discriminadas no Documento Descritivo – DODE, com monitoramento e avaliação quadrimestral.

**6.2.5-** Os valores do qual trata o item 6.2.4, servirá como limite e poderá haver dedução, de acordo com a pontuação obtida das metas de qualidade e do desempenho, no monitoramento e avaliação quadrimestral, conforme estabelecido no Documento Descritivo.

**6.2.6-** O cumprimento das metas qualitativas e de desempenho, que trata os itens 6.4, 6.5 e 6.6 estabelecidas no Documento Descritivo, deverá ser atestado pela Comissão de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação do Termo Aditivo do convênio contratualização.



- 6.2.7** - O componente pós-fixado, que corresponde aos Procedimentos Ambulatoriais de Exames, Terapias, Procedimentos, APAC's, OPME's de Alta Complexidade e Cirurgias Eletivas Extras será repassado ao HOSPITAL, à posteriori, (pós-produção, aprovação, processamento), de acordo com a produção mensal aprovada pela SESA, respeitado o limite do Termo Aditivo do convênio contratualização para esses serviços e, conforme programação disposta no Documento Descritivo, estimando-se um valor de **R\$ 912.976,94** (novecentos e doze mil novecentos e setenta e seis reais e noventa e quatro centavos), em parcelas mensais estimadas de **R\$ 304.325,65** (trezentos e quatro mil trezentos e vinte e cinco reais e sessenta e cinco 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\$ 1.323.917,70** (um milhão trezentos e vinte e três mil novecentos e dezessete reais e setenta centavos ), em parcelas mensais estimadas de **R\$ 441.305,90** (quatrocentos e quarenta e um mil trezentos e cinco reais e noventa centavos).
- 6.2.9**- A FPO – Ficha de Programação Orçamentária – para procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade será elaborada mensalmente, conforme produção efetiva realizada, com nível de apuração por Grupo de Procedimentos, exceto para os procedimentos de FAEC e os demais procedimentos que o SIGTAP permite apenas o nível de apuração pelo Procedimento.
- 6.2.10**- O faturamento hospitalar não vincula obrigações de pagamento federal ou estadual, com exceção do faturamento FAEC, não sendo reconhecido pelas partes, obrigações de faturamento de extra teto.
- 6.2.11**- O Faturamento do SIA - Sistema de Informação Ambulatorial e do SIHD – Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado será de obrigatoriedade dos hospitais, sendo utilizado como relatório de pagamento apenas para os serviços ambulatoriais de exames, terapias, procedimentos e APAC's ambulatoriais, para os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC e as OPME's de alta complexidade.
- 6.2.12**- Os valores estimados para pagamentos devidos não poderão ultrapassar o limite financeiro estimado no Termo Aditivo do convênio contratualização.





GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**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**

| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL                                                                              |                         |                              |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------|--------------------------|
| PRÉ-FIXADO 80 %                                                                                                      | Mensal -Março (R\$)     | Abril/2023 a maio/2023 (R\$) | 3 meses (R\$)            |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                                       | R\$ 4.011.457,54        | R\$ 8.022.915,07             | R\$ 12.034.372,61        |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>                                                     | R\$ 642.291,20          | R\$ 1.284.582,40             | R\$ 1.926.873,60         |
| Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- <b>Recurso Estadual</b>                                                 | R\$ 45.120,00           | R\$ 90.240,00                | R\$ 135.360,00           |
| Incentivo Federal (IAC, Integrasus, Residência Médica e outros) - <b>Recurso Federal</b>                             | R\$ 492.773,99          | R\$ 985.547,98               | R\$ 1.478.321,97         |
| Incentivo Federal - Rede Temáticas de Atenção à Saúde - <b>Recurso Federal</b>                                       | R\$ 314.792,70          | R\$ 629.585,40               | R\$ 944.378,10           |
| Portaria MS nº096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº017-R, de 02/03/2023 - <b>Parcela única - Recurso Federal</b> | R\$ 1.188.593,73        | R\$ -                        | R\$ 1.188.593,73         |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>                                                                                   | <b>R\$ 4.698.868,74</b> | <b>R\$ 9.397.737,47</b>      | <b>R\$ 14.096.606,21</b> |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>                                                                                    | <b>R\$ 1.996.160,42</b> | <b>R\$ 1.615.133,38</b>      | <b>R\$ 3.611.293,80</b>  |
| <b>TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                         | <b>R\$ 6.695.029,16</b> | <b>R\$ 11.012.870,85</b>     | <b>R\$ 17.707.900,01</b> |
| PRÉ-FIXADO 20 %                                                                                                      | Mensal -Março (R\$)     | Abril/2023 a maio/2023 (R\$) | 3 meses (R\$)            |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                                       | R\$ 1.002.864,38        | R\$ 2.005.728,77             | R\$ 3.008.593,15         |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>                                                     | R\$ 160.572,80          | R\$ 321.145,60               | R\$ 481.718,40           |
| Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- <b>Recurso Estadual</b>                                                 | R\$ 11.280,00           | R\$ 22.560,00                | R\$ 33.840,00            |
| Incentivo Federal (IAC, Integrasus, Residência Médica e outros) - <b>Recurso Federal</b>                             | R\$ 123.193,50          | R\$ 246.387,00               | R\$ 369.580,50           |
| Incentivo Federal - Rede Temáticas de Atenção à Saúde - <b>Recurso Federal</b>                                       | R\$ 78.698,18           | R\$ 157.396,36               | R\$ 236.094,54           |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>                                                                                   | <b>R\$ 1.174.717,18</b> | <b>R\$ 2.349.434,37</b>      | <b>R\$ 3.524.151,55</b>  |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>                                                                                    | <b>R\$ 201.891,68</b>   | <b>R\$ 403.783,36</b>        | <b>R\$ 605.675,04</b>    |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

|                                                  |                         |                          |                          |
|--------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>TOTAL DOS RECURSOS<br/>ESTADUAL + FEDERAL</b> | <b>R\$ 1.376.608,86</b> | <b>R\$ 2.753.217,73</b>  | <b>R\$ 4.129.826,59</b>  |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO -<br/>ESTADUAL</b>           | <b>R\$ 5.873.585,92</b> | <b>R\$ 11.747.171,84</b> | <b>R\$ 17.620.757,76</b> |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO -<br/>FEDERAL</b>            | <b>R\$ 2.198.052,10</b> | <b>R\$ 2.018.916,74</b>  | <b>R\$ 4.216.968,84</b>  |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO -<br/>ESTADUAL + FEDERAL</b> | <b>R\$ 8.071.638,02</b> | <b>R\$ 13.766.088,58</b> | <b>R\$ 21.837.726,60</b> |

| <b>COMPONENTE PÓS-FIXADO</b>                                                                                                                                             | <b>Mensal - Março (R\$)</b> | <b>Abril/2023 a maio/2023<br/>(R\$)</b> | <b>3 meses (R\$)</b>     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|
| Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade - <b>Recurso Estadual</b>                                                                    | R\$ 86.685,17               | R\$ 173.370,34                          | R\$ 260.055,51           |
| APAC'S – quimioterapia, radioterapia, cateterismo, cirurgias de catarata e exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de alta complexidade - <b>Recurso Estadual</b> | R\$ 10.719,14               | R\$ 21.438,28                           | R\$ 32.157,42            |
| OPME's Alta complexidade - <b>Recurso Estadual</b>                                                                                                                       | R\$ 70.005,14               | R\$ 140.010,28                          | R\$ 210.015,41           |
| OPME's Não padronizadas na tabela SUS - <b>Recurso Estadual</b>                                                                                                          | R\$ 136.916,20              | R\$ 273.832,40                          | R\$ 410.748,60           |
| FAEC Hospitalar- <b>Recurso Federal</b>                                                                                                                                  | R\$ 16.326,28               | R\$ 32.652,56                           | R\$ 48.978,84            |
| FAEC – TRS- <b>Recurso Federal</b>                                                                                                                                       | R\$ 424.979,62              | R\$ 849.959,24                          | R\$ 1.274.938,86         |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO<br/>ESTADUAL</b>                                                                                                                                     | <b>R\$ 304.325,65</b>       | <b>R\$ 608.651,30</b>                   | <b>R\$ 912.976,94</b>    |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO<br/>FEDERAL</b>                                                                                                                                      | <b>R\$ 441.305,90</b>       | <b>R\$ 882.611,80</b>                   | <b>R\$ 1.323.917,70</b>  |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO -<br/>ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                                                                         | <b>R\$ 745.631,55</b>       | <b>R\$ 1.491.263,10</b>                 | <b>R\$ 2.236.894,64</b>  |
| <b>TOTAL DO CONVÊNIO</b>                                                                                                                                                 | <b>R\$ 8.817.269,57</b>     | <b>R\$ 15.257.351,68</b>                | <b>R\$ 24.074.621,24</b> |

### 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 em 02 (duas) vias, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Vitória/ES, 07 de Março

de 2023.



**CONCEDENTE:**

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

**CONVENENTE:**

**AFRANIO EMILIO CARVALHO DA SILVA**  
**PRESIDENTE DO HOSPITAL**

**TESTEMUNHAS:**

1ª) \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª) \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_



## DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **3º Termo Aditivo ao Convênio nº. 002/2022** foi celebrado e formalizado em estrita observância ao que estabelecem o Decreto Estadual nº. 1.242-R, de 21 de novembro de 2003 e a Portaria Ministerial nº 3410/2013, bem como que os recursos estão devidamente adequados com a Lei Orçamentária Anual em vigor e compatíveis com o Plano Plurianual, não ferindo princípios constantes na Lei Complementar nº. 101/2000-Lei de Responsabilidade Fiscal tendo sido rigorosamente atendidos os requisitos para celebração e em especial as situações de adimplência e regularidade de situação do Conveniente.

Declaro ainda que a despesa referente ao **3º Termo Aditivo ao Convênio nº. 002/2022** correrá à conta do orçamento do Fundo Estadual de Saúde da CONCEDENTE conforme especificado abaixo:

Programa de Trabalho 10.302.0047.2325 - Contratualização de Serviços de Saúde Complementar

UG: 440.901

Gestão: 44901

Natureza de Despesa: 3.3.90.39.00

Fonte de Recursos: 1500100200 e 1600000000

Vitória, 07 de Março de 2023.

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**ANEXO I**

**DOCUMENTO DESCRITIVO – 3º TERMO ADITIVO  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**

CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 002/2022  
PROCESSO E-DOCS: 2022-KPPHC



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## **ESTRUTURA ADMINISTRATIVA**

### **PRESIDENTE**

Dom Luiz Fernando Lisboa

### **VICE-PRESIDENTE**

Nercedes Canal

### **SUPERINTENDENTE**

Afrânio Emílio Carvalho da Silva

### **DIRETOR TÉCNICO/ DIRETOR CLÍNICO**

Mateus de Angeli Altoe



## 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 .....                             | 09 |
| VII – ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS .....                                  | 10 |
| VIII – METAS ASSISTENCIAIS .....                                             | 10 |
| IX – DETALHAMENTO DAS METAS DISPONIBILIZADAS PARA O COMPLEXO REGULADOR ..... | 11 |
| X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO.....                                      | 12 |
| XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS.....                    | 16 |
| APROVAÇÃO .....                                                              | 18 |
| ANEXOS .....                                                                 | 19 |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## I - IDENTIFICAÇÃO

|                                                       |                         |                                     |                         |
|-------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| <b>Conveniente</b>                                    |                         | <b>CNPJ</b>                         |                         |
| Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim |                         | 27.187.087.0001/04                  |                         |
| <b>Endereço</b>                                       |                         | <b>Município</b>                    | <b>UF</b> <b>CEP</b>    |
| Rua Raulino de Oliveira, 67 - Centro                  |                         | Cach. De Itapemirim                 | ES 29.300-150           |
| <b>Macrorregião</b>                                   | <b>Microrregião</b>     | <b>SRS</b>                          | <b>CNES</b>             |
| Sul                                                   | Cachoeiro de Itapemirim | Cachoeiro de Itapemirim             | 248560                  |
| <b>Telefone</b>                                       | <b>Fax</b>              | <b>E-mail</b>                       |                         |
| (28) 2101-2121                                        | (28) 2101- 2146         | diretoria@santacasacachoeiro.org.br |                         |
| <b>Nome do Responsável</b>                            |                         |                                     |                         |
| Afrânio Emílio Carvalho da Silva                      |                         |                                     |                         |
| <b>CPF</b>                                            | <b>Função</b>           | <b>Período de execução</b>          |                         |
| 823.675.906-72                                        | Superintendente         |                                     |                         |
| <b>CI</b>                                             | <b>Órgão expedidor</b>  |                                     |                         |
| M-5.735.419                                           | SSP/MG                  | 03/2023 A 31/05/2023                |                         |
| <b>Banco</b>                                          | <b>Agência</b>          | <b>Conta Corrente</b>               | <b>Praça</b>            |
| Banestes                                              | 115                     | 35.241.413                          | Cachoeiro de Itapemirim |

|                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Missão</b>                                                                                                                                                                                                                                |
| "Cuidar da vida por meio de uma assistência médica e hospitalar segura, humanizada, com compromisso ético e cristão".                                                                                                                        |
| <b>Visão</b>                                                                                                                                                                                                                                 |
| "Ser um hospital sustentável, com excelência no atendimento, gerando conhecimento e pesquisa".                                                                                                                                               |
| <b>Valores</b>                                                                                                                                                                                                                               |
| Misericórdia, segurança, humanização, respeito e dignidade, credibilidade, empreendedorismo e sustentabilidade.                                                                                                                              |
| <b>Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:</b>                                                                                                                   |
| Hospital credenciado no Sistema Estadual Hospitalar em atendimento de Urgência e Emergência, com porta aberta 24 horas no Pronto Socorro e referência em traumatologia-ortopedia, com atendimento hospitalar e ambulatorial.                 |
| <b>Área de Abrangência</b>                                                                                                                                                                                                                   |
| O hospital é referência de atendimento para os municípios da macrorregião sul, estimando uma população de 806.107 mil habitantes (Censo 2020 – IBGE), para 26 municípios, conforme o perfil de referência estadual hospitalar da região sul. |





GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## II - CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

|                                            |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de Estabelecimento                    | <input checked="" type="checkbox"/> Geral                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Especializado                                                                                                    |
| Natureza                                   | <input type="checkbox"/> Público                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> Filantrópico <input type="checkbox"/> Privado                                                         |
| Número de Leitos - CNES                    | Geral: 219                                                                                                                                                                                                   | SUS: 174                                                                                                                                  |
| Número de Leitos Complementar (UTI) - CNES | Geral:                                                                                                                                                                                                       | SUS: 10                                                                                                                                   |
| Tipo de Leitos de UTI SUS                  | <input checked="" type="checkbox"/> Adulto                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Pediátrico <input type="checkbox"/> Neonatal <input type="checkbox"/> UCO<br><input type="checkbox"/> Isolamento |
| Serviço de Urgência e Emergência           | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Porta Aberta<br>10 LEITOS SALA VERMELHA <input checked="" type="checkbox"/> Referenciado              |
| Serviço de Maternidade                     | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                         | Se sim, habilitado-GAR<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                       |
| Habilitação em Alta Complexidade           | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                         | Quais: Traumatologia-Ortopedia                                                                                                            |
| Inserção nas Redes de Atenção a Saúde      | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                         | Se sim, quais:<br>Rede RUE                                                                                                                |
| Classificação do Porte Hospitalar          | <input type="checkbox"/> Estruturante<br><input checked="" type="checkbox"/> Estratégico<br><input type="checkbox"/> Apoio e/ou Maternidade<br><input type="checkbox"/> Apoio - Potencial Cirurgias Eletivas |                                                                                                                                           |

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

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

## IV - CONSIDERAÇÕES GERAIS

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

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



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

#### V – PERFIL ASSISTENCIAL

O Perfil Assistencial poderá ser alterado de acordo com a necessidade das redes assistenciais, que 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 |
|-------------------|---------------------|--------|--------------|----------------------|-----------------|
|-------------------|---------------------|--------|--------------|----------------------|-----------------|



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| LINHA DE CUIDADOS                                                                               | TIPO DE ATENDIMENTO                                                                                                                                                             | ACESSO                                          | FAIXA ETÁRIA | RECURSOS DE URGÊNCIA | RECURSOS GERAIS |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------|----------------------|-----------------|
| CIRURGIA GERAL - TRAUMA ASSOCIADO A LESÃO VASCULAR E/OU NEUROCIRÚRGICA                          | TRAUMA AGUDO; COMPLICAÇÕES DE CIRURGIAS DO DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL DO PRÓPRIO SERVIÇO DO SERVIÇO                                                | PRONTO SOCORRO REGULAÇÃO DE LEITO               | ADULTO       | SIM                  | SIM             |
| CIRURGIA GERAL - TRAUMA NÃO ASSOCIADO A LESÃO VASCULAR E/OU NEUROCIRÚRGICA E ABDOME AGUDO       | TRAUMA AGUDO ABDOME AGUDO; COMPLICAÇÕES DE CIRURGIAS DO PRÓPRIO SERVIÇO                                                                                                         | PRONTO SOCORRO REFERENCIA REGULAÇÃO DE LEITO    | ADULTO       | SIM                  | SIM             |
| CIRURGIA GERAL - HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS E BAIXAS, RETIRADA DE CORPO ESTRANHO ALTO E BAIXO | HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS E BAIXAS, RETIRADA DE CORPO ESTRANHO ALTO E BAIXO                                                                                                  | PRONTO SOCORRO REFERENCIADO REGULAÇÃO DE LEITOS | ADULTO       | SIM                  | SIM             |
| CIRURGIA GERAL - ELETIVAS                                                                       | CIRURGIAS DO DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL ELETIVAS COMPLEXA, NECESSIDADE DE UTI NO PÓS OPERATÓRIO, CPRE, COMPLICAÇÃO DE CIRURGIAS DO PRÓPRIO SERVIÇO | REGULAÇÃO AMBULATORIAL REGULAÇÃO DE LEITOS      | ADULTO       | NÃO                  | SIM             |



| LINHA DE CUIDADOS                           | TIPO DE ATENDIMENTO                                                                                                                                                 | ACESSO                                                | FAIXA ETÁRIA | RECURSOS DE URGÊNCIA | RECURSOS GERAIS |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------|----------------------|-----------------|
|                                             | CIRURGIAS DO DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL ELETIVAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE, COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS DO SERVIÇO                             | REGULAÇÃO AMBULATORIAL<br>REGULAÇÃO DE LEITOS         | ADULTO       | NÃO                  | SIM             |
| CIRURGIA VASCULAR - URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS | URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS<br>PATOLOGIAS VENOSAS<br>PATOLOGIAS ARTERIAIS<br>COMPLICAÇÕES DO PRÓPRIO SERVIÇO<br>ANEURISMA TÓRACO-ABDOMINAL, ABDOMINAL E DE EXTREMIDADES | PRONTO SOCORRO<br>REFERENCIADO<br>REGULAÇÃO DE LEITOS | ADULTO       | SIM                  | SIM             |
| CIRURGIA VASCULAR - ELETIVAS                | PATOLOGIAS VENOSAS<br>PATOLOGIAS ARTERIAIS<br>COMPLICAÇÕES DO PRÓPRIO SERVIÇO                                                                                       | REGULAÇÃO DE LEITOS<br>REGULAÇÃO AMBULATORIAL         | ADULTO       | NÃO                  | SIM             |
| CLÍNICA MÉDICA - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA      | CUIDADOS INTENSIVOS, CLÍNICA MÉDICA GERAL, INCLUINDO URGÊNCIA DIALÍTICA                                                                                             | PRONTO SOCORRO<br>REFERENCIADO<br>REGULAÇÃO DE LEITOS | ADULTO       | SIM                  | SIM             |
| NEUROCIRURGIA - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA       | TRAUMA                                                                                                                                                              | PRONTO SOCORRO<br>REFERENCIADO<br>REGULAÇÃO DE LEITOS | ADULTO       | SIM                  | SIM             |





| LINHA DE CUIDADOS                                                   | TIPO DE ATENDIMENTO                                                                                                   | ACESSO                                                                          | FAIXA ETÁRIA | RECURSOS DE URGÊNCIA | RECURSOS GERAIS |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------|-----------------|
| NEUROCIRURGIA - ELETIVAS                                            | ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO<br>- COLUNA VERTEBRAL E CAIXA TORÁCICA<br>TUMORES DO SISTEMA NERVOSO                     | REGULAÇÃO AMBULATORIAL<br>REGULAÇÃO DE LEITOS                                   | ADULTO       | NÃO                  | SIM             |
| NEUROLOGIA                                                          | NEUROLOGIA GERAL                                                                                                      | PRONTO SOCORRO<br>REFERENCIADO<br>REGULAÇÃO DE LEITOS<br>REGULAÇÃO AMBULATORIAL | ADULTO       | SIM                  | SIM             |
| ORTOPEDIA - TRAUMA ASSOCIADO A LESÃO VASCULAR E/OU NEUROCIRÚRGICA   | TRAUMA AGUDO<br>COMPLICAÇÕES DE CIRURGIAS DO SERVIÇO;<br>FRATURA PATOLÓGICA                                           | PRONTO SOCORRO<br>REGULAÇÃO DE LEITOS                                           | ADULTO       | SIM                  | SIM             |
| ORTOPEDIA - TRAUMA NÃO ASSOCIADO A LESÃO VASCULAR OU NEUROCIRÚRGICA | TRAUMA AGUDO<br>COMPLICAÇÕES DE CIRURGIAS DO SERVIÇO;<br>FRATURA PATOLÓGICA                                           | PRONTO SOCORRO<br>REFERENCIADO<br>REGULAÇÃO DE LEITOS                           | ADULTO       | SIM                  | SIM             |
| ORTOPEDIA - ELETIVAS                                                | CIRURGIAS ELETIVAS COMPLEXAS (CIRURGIAS DE OMBRO, MÃO, JOELHO, QUADRIL E PÉ)<br>COMPLICAÇÕES DE CIRURGIAS DO SERVIÇO; | REGULAÇÃO AMBULATORIAL<br>REGULAÇÃO DE LEITOS                                   | ADULTO       | NÃO                  | SIM             |
|                                                                     | CIRURGIAS ELETIVAS MÉDIA COMPLEXIDADE<br>COMPLICAÇÕES DE CIRURGIAS DO SERVIÇO                                         | REGULAÇÃO AMBULATORIAL<br>REGULAÇÃO DE LEITOS                                   | ADULTO       | NÃO                  | SIM             |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| LINHA DE CUIDADOS                                              | TIPO DE ATENDIMENTO                                                             | ACESSO                                        | FAIXA ETÁRIA | RECURSOS DE URGÊNCIA | RECURSOS GERAIS |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------|----------------------|-----------------|
| SAÚDE BUCAL E BUCOMAXILOFACIAL - TRAUMA E URGÊNCIAS NÃO TRAUMA | TRAUMA AGUDO, SEQUELA DO TRAUMA                                                 | PRONTO SOCORRO<br>REGULAÇÃO DE LEITOS         | ADULTO       | SIM                  | SIM             |
| UROLOGIA - TRAUMAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS                     | TRAUMAS E URGÊNCIAS, EMERGÊNCIAS NÃO TRAUMA                                     | PRONTO SOCORRO<br>REGULAÇÃO DE LEITOS         | ADULTO       | SIM                  | SIM             |
| UROLOGIA - ELETIVAS                                            | CIRURGIAS DO SISTEMA URINÁRIO E SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO ENDO-URO | REGULAÇÃO AMBULATORIAL<br>REGULAÇÃO DE LEITOS | ADULTO       | NÃO                  | SIM             |

#### OBSERVAÇÕES:

- Hospitais de referência com UTI ou trauma e/ou cirúrgico devem possuir cirurgia plástica dentro de sua equipe própria, para realização de procedimentos inerentes às especialidades do seu perfil, na forma de suporte/apoio à internação nas demais especialidades de responsabilidade do hospital, não sendo realizado transferências destes locais.
- Hospitais de referência com UTI, conforme portaria ministerial, devem possuir nefrologia dentro de sua equipe própria como especialidade de apoio, e caso haja indicação médica de tratamento dialítico durante a internação deve realizar tal procedimento.
- Todo hospital com leito de clínica médica ou clínica pediátrica devem possuir as especialidades clínicas de apoio às internações: infectologia, cardiologia, gastrologia, pneumologia, endocrinologia, nefrologia, hematologia, neurologia, reumatologia, cuidados paliativos.
- Fratura patológica somente se houver indicação de fixação, após deverão ser regulados via SESA (NERI ou NERCE) para o HSRC.

#### 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 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;
- procedimentos de Quimioterapia, Radioterapia, Cateterismo e Cirurgias de Catarata – APAC's;
- procedimentos ambulatoriais e hospitalares financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações – FAEC;
- Órtese, Próteses e Materiais especiais – OPME – de alta complexidade.

## 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)



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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 LEITOS                            | Nº LEITOS  |
|-------------------------------------------|------------|
| Clínica Médica – Enfermaria Adulto        | 36         |
| Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto      | 34         |
| Clínica Cirúrgica Ortopédica – Enfermaria | 65         |
| UTI Adulto                                | 39         |
| U/E Sala Vermelha                         | 10         |
| <b>TOTAL</b>                              | <b>184</b> |

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

## 8.2 - Atendimento à Urgências

### 8.2.1 Sala Vermelha

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

| TIPO DE LEITO     | Nº LEITOS |
|-------------------|-----------|
| U/E Sala Vermelha | 10        |

## 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 Neurologia Clínica Adulto | III              | 80               |
| Consulta em Reumatologia              | IV               | 90               |
| Consulta em Nefrologia                | IV               | 100              |
| Consulta em Ortopedia Cirúrgica       | IV               | 40               |





GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|                                              |     |            |
|----------------------------------------------|-----|------------|
| Consulta em Cirurgia Geral                   | IV  | 40         |
| Consulta em Cirurgia Vascular                | IV  | 40         |
| Consulta em Cardiologia para risco cirúrgico | III | 80         |
| <b>TOTAL</b>                                 |     | <b>470</b> |

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 conforme especificado:

| TIPO DE EXAME                             | QUANTIDADE MÊS |
|-------------------------------------------|----------------|
| Sistema Circular Doppler de Vasos - SRSCI | 50             |
| Exames Anatomopatológicos                 | 23             |
| Ultrassonografia demais sistemas          | 05             |
| Exames Citopatológicos                    | 400            |
| Endoscopia                                | 200            |
| Colonoscopia                              | 30             |

## X - ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO

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

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

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



7. Continuidade dos cuidados
8. Avaliação e Auditoria

#### 10.1 - Critérios para Avaliação das Metas.

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

| Competências monitoradas            | Mês de Monitoramento | Mês para encontro de contas do quadrimestre anterior, de acordo com a avaliação |
|-------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Junho a setembro – 1º Quadrimestre  | Outubro              | Novembro/2022 a fevereiro/2023                                                  |
| Outubro a janeiro – 2º Quadrimestre | Fevereiro            | Março a junho/2023                                                              |
| Fevereiro a maio – 3º Quadrimestre  | Junho                | Julho a outubro/2023                                                            |

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

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



## 10.2 Score de Indicadores de Qualidade e Desempenho Hospitalar

| DESCRIÇÃO                                                                    | META                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SCORE MAXIMO |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS</b>                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>10,0</b>  |
| 1.1. Atender a Legislação Brasileira                                         | 100% dos Alvarás e Licenças atualizadas, em até 12 meses após a assinatura do Convênio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 5,0          |
| 1.2. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)                  | <p>Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada, conforme abaixo:</p> <p><b>Hospitais Estruturantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ONA nível I em 18 meses</li><li>- ONA nível 2 em 30 meses,</li><li>- ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter.</li></ul> <p><b>Hospitais Estratégicos:</b></p> <p>Certificação ONA I em 18 meses</p> <p><b>Hospitais de Apoio:</b></p> <p>Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses.</p> <p>Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma</p> | 5,0          |
| <b>2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS</b>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>10,0</b>  |
| 2.1. Qualificação do Corpo Clínico                                           | 50% do Corpo Clínico atende ao requisito de possuir titulação de especialista em uma das especialidades médicas reconhecidas pelo CFM;<br>70% em até 18 meses;<br>80% em até 36 meses após a celebração do convênio de contratualização.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 5,0          |
| 2.2. Qualificação do Corpo de Enfermagem e equipe multiprofissional de apoio | Apresentar Plano de Educação Continuada ativo com meta de 2 horas de treinamento/ funcionário mês – Imediato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 5,0          |
| <b>3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL</b>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>20,0</b>  |
| 3.1. Eventos adversos infecciosos graves                                     | Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 10,0         |
| 3.2. Eventos adversos não                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5,0          |



|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                  |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| infecciosos graves                                                                                                                                                                                                                              | pela SESA.                                                                                                                                                                                                       |                            |
| 3.3. Reinternações Hospitalares                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                  | 5,0                        |
| <b>4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO</b>                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                  | <b>10,0</b>                |
| 4.1. Experiência do Usuário<br><br>Pesquisa avaliada pela metodologia do NPS (Net Promoter Score).                                                                                                                                              | Parâmetro de Transição:<br>Indicador 50 NPS no 4º mês do primeiro quadrimestre.                                                                                                                                  | 10,0                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | Carência dos primeiros 3 (três) meses para implantação, monitoramento e avaliação.                                                                                                                               | 5 Pts<br>Atingir o NPS 50  |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | Indicador padronizado a partir do segundo quadrimestre.                                                                                                                                                          | 10 Pts<br>Atingir o NPS 65 |
| <b>5. ACESSO AO SISTEMA</b>                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                  | <b>20,0</b>                |
| 5.1. Acesso Hospitalar                                                                                                                                                                                                                          | 100% dos pacientes aceitos do perfil                                                                                                                                                                             | 4,0                        |
| 5.2. Tempo de Regulação                                                                                                                                                                                                                         | 100% das solicitações respondidas em até 2 horas                                                                                                                                                                 | 3,5                        |
| 5.3. Acesso pela ARFT                                                                                                                                                                                                                           | 1º Quadrimestre:<br>10-20% dos atendimentos por meio de opinião formativa                                                                                                                                        | 3,5                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | A partir do 2º Quadrimestre:<br>15-40% dos atendimentos por meio de opinião formativa                                                                                                                            |                            |
| 5.4. Prazo de atendimento das consultas da ARFT (Presencial ou por Telemedicina)                                                                                                                                                                | 1º Quadrimestre:<br>70% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II                                                                                                                                    | 4,0                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | A partir do 2º Quadrimestre:<br>95% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II                                                                                                                        |                            |
| 5.5. Fila Cirúrgica<br><br><u>PRAZOS PARA REALIZAÇÃO DAS CIRURGIAS:</u><br>- Emergente: Até 6 horas<br>- Urgente: Até 24 horas<br>- Eletivo Urgente: Até 14 dias<br>- Eletivo (Essencial): Até 90 dias<br>- Eletivo Não Essencial: Até 150 dias | 1º Quadrimestre:<br>70% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos<br><br>A partir do 2º Quadrimestre:<br>95% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos | 5,0                        |
| <b>6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO</b>                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                  | <b>15,0</b>                |





|                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise nos indicadores abaixo: <ul style="list-style-type: none"><li>• Internação por causas sensíveis à atenção primária;</li><li>• Média de Permanência;</li><li>• Taxa de Reinternação;</li><li>• Condições Adquiridas.</li></ul> | - Alcançar, até o 18º mês de assinatura do convênio, o percentil de 75% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica no perfil brasileiro.<br>- Alcançar, até o 24º mês de assinatura do convênio, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica. | 15,0         |
| <b>7. CONTINUIDADE DOS CUIDADOS</b>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>5,0</b>   |
| 7.1. Acompanhamento dos pacientes após alta hospitalar                                                                                                                                                                                                                         | Acompanhamento, nos primeiros 30 dias, os pacientes de alta, de todas as clínicas, através de <i>call center</i> ou mensagens eletrônicas com detecção de falhas de continuidade e ações para sua correção, conforme abaixo:<br>1º Quadrimestre: 20% das altas<br>2º Quadrimestre: 40% das altas<br>3º Quadrimestre: 80% das altas                                                                      | 5,0          |
| <b>8. AVALIAÇÃO E AUDITORIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>10,0</b>  |
| 8.2. Cumprir as Obrigações definidas no convênio de contratualização, avaliadas pela auditoria externa independente.                                                                                                                                                           | Cumprir e manter 95% das obrigações elencadas em até 06 meses após a celebração do convênio de contratualização.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 0 a 10,0     |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>100,0</b> |

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

## XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL                                                  |                      |                              |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|-------------------|
| PRÉ-FIXADO 80%                                                                           | Mensal - Março (R\$) | Abril/2023 a maio/2023 (R\$) | 3 meses (R\$)     |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>           | R\$ 4.011.457,54     | R\$ 8.022.915,07             | R\$ 12.034.372,61 |
| LEITOS - Sala Vermelha - Pronto Socorro - <b>Recurso Estadual</b>                        | R\$ 642.291,20       | R\$ 1.284.582,40             | R\$ 1.926.873,60  |
| Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT - <b>Recurso Estadual</b>                    | R\$ 45.120,00        | R\$ 90.240,00                | R\$ 135.360,00    |
| Incentivo Federal (IAC, Integrarus, Residência Médica e outros) - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 492.773,99       | R\$ 985.547,98               | R\$ 1.478.321,97  |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|                                                                                                               |                            |                                     |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Incentivo Federal - Rede Temáticas de Atenção à Saúde - Recurso Federal                                       | R\$ 314.792,70             | R\$ 629.585,40                      | R\$ 944.378,10           |
| Portaria MS nº096, de 07/02/2023 e Portaria Estadual nº017-R, de 02/03/2023 - Parcela única - Recurso Federal | R\$ 1.188.593,73           | R\$ -                               | R\$ 1.188.593,73         |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>                                                                            | <b>R\$ 4.698.868,74</b>    | <b>R\$ 9.397.737,47</b>             | <b>R\$ 14.096.606,21</b> |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>                                                                             | <b>R\$ 1.996.160,42</b>    | <b>R\$ 1.615.133,38</b>             | <b>R\$ 3.611.293,80</b>  |
| <b>TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                  | <b>R\$ 6.695.029,16</b>    | <b>R\$ 11.012.870,85</b>            | <b>R\$ 17.707.900,01</b> |
| <b>PRÉ-FIXADO 20%</b>                                                                                         | <b>Mensal -Março (R\$)</b> | <b>Abril/2023 a maio/2023 (R\$)</b> | <b>3 meses (R\$)</b>     |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual                                       | R\$ 1.002.864,38           | R\$ 2.005.728,77                    | R\$ 3.008.593,15         |
| LEITOS - Sala Vermelha - Pronto Socorro - Recurso Estadual                                                    | R\$ 160.572,80             | R\$ 321.145,60                      | R\$ 481.718,40           |
| Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT- Recurso Estadual                                                 | R\$ 11.280,00              | R\$ 22.560,00                       | R\$ 33.840,00            |
| Incentivo Federal (IAC, Integrasus, Residência Médica e outros) - Recurso Federal                             | R\$ 123.193,50             | R\$ 246.387,00                      | R\$ 369.580,50           |
| Incentivo Federal - Rede Temáticas de Atenção à Saúde - Recurso Federal                                       | R\$ 78.698,18              | R\$ 157.396,36                      | R\$ 236.094,54           |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>                                                                            | <b>R\$ 1.174.717,18</b>    | <b>R\$ 2.349.434,37</b>             | <b>R\$ 3.524.151,55</b>  |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>                                                                             | <b>R\$ 201.891,68</b>      | <b>R\$ 403.783,36</b>               | <b>R\$ 605.675,04</b>    |
| <b>TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                  | <b>R\$ 1.376.608,86</b>    | <b>R\$ 2.753.217,73</b>             | <b>R\$ 4.129.826,59</b>  |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL</b>                                                                            | <b>R\$ 5.873.585,92</b>    | <b>R\$ 11.747.171,84</b>            | <b>R\$ 17.620.757,76</b> |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL</b>                                                                             | <b>R\$ 2.198.052,10</b>    | <b>R\$ 2.018.916,74</b>             | <b>R\$ 4.216.968,84</b>  |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                  | <b>R\$ 8.071.638,02</b>    | <b>R\$ 13.766.088,58</b>            | <b>R\$ 21.837.726,60</b> |

|                                                                                                                                                                   |                            |                                     |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| <b>COMPONENTE PÓS-FIXADO</b>                                                                                                                                      | <b>Mensal -Março (R\$)</b> | <b>Abril/2023 a maio/2023 (R\$)</b> | <b>3 meses (R\$)</b> |
| Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade - Recurso Estadual                                                                    | R\$ 86.685,17              | R\$ 173.370,34                      | R\$ 260.055,51       |
| APAC'S - quimioterapia, radioterapia, cateterismo, cirurgias de catarata e exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de alta complexidade - Recurso Estadual | R\$ 10.719,14              | R\$ 21.438,28                       | R\$ 32.157,42        |
| OPME's Alta complexidade - Recurso Estadual                                                                                                                       | R\$ 70.005,14              | R\$ 140.010,28                      | R\$ 210.015,41       |





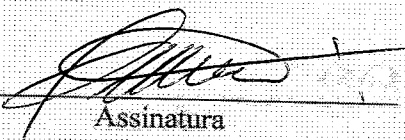
GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|                                                          |                  |                   |                   |
|----------------------------------------------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| OPME's Não padronizadas na tabela SUS - Recurso Estadual | R\$ 136.916,20   | R\$ 273.832,40    | R\$ 410.748,60    |
| FAEC Hospitalar- Recurso Federal                         | R\$ 16.326,28    | R\$ 32.652,56     | R\$ 48.978,84     |
| FAEC - TRS- Recurso Federal                              | R\$ 424.979,62   | R\$ 849.959,24    | R\$ 1.274.938,86  |
| TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL                                | R\$ 304.325,65   | R\$ 608.651,30    | R\$ 912.976,94    |
| TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL                                 | R\$ 441.305,90   | R\$ 882.611,80    | R\$ 1.323.917,70  |
| TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL + FEDERAL                      | R\$ 745.631,55   | R\$ 1.491.263,10  | R\$ 2.236.894,64  |
| TOTAL DO CONVÊNIO                                        | R\$ 8.817.269,57 | R\$ 15.257.351,68 | R\$ 24.074.621,24 |

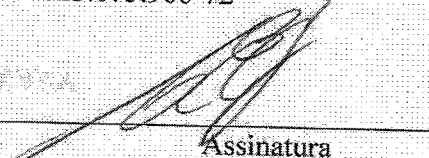
#### APROVAÇÃO

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de **R\$ 24.074.621,24** (vinte e quatro milhões setenta e quatro mil seiscentos e vinte e um reais e vinte e quatro centavos).

**Assinatura e carimbo da Concedente**  
Nome: ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA  
CPF: 926.326.297-72

  
Assinatura

**Assinatura e carimbo da Conveniente**  
Nome: AFRANIO EMILIO CARVALHO DA SILVA  
CI: M-5.735.419  
Órgão Expedidor: SSP/MG  
CPF: 823.675.906-72

  
Assinatura

Vitória (ES), 07 de Março de 2023.



GOVERNO DO ESTADO 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



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

### LEITOS HOSPITALARES

| RECURSO ESTADUAL                          |                  |                           |                       |                         |
|-------------------------------------------|------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|
| TIPO DE LEITOS                            | Nº LEITOS MENSAL | QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS | VALOR DIÁRIA DE LEITO | VALOR TOTAL MENSAL      |
| Clínica Médica – Enfermaria Adulto        | 36               | 984,96                    | R\$ 700,00            | R\$ 689.472,00          |
| Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto      | 34               | 878,56                    | R\$ 782,00            | R\$ 687.033,92          |
| Clínica Cirúrgica Ortopédica – Enfermaria | 65               | 1679,6                    | R\$ 1.286,00          | R\$ 2.159.965,60        |
| UTI Adulto                                | 39               | 1067,04                   | R\$ 1.385,00          | R\$ 1.477.850,40        |
| <b>TOTAL</b>                              | <b>174</b>       |                           |                       | <b>R\$ 5.014.321,92</b> |

| TIPO DE LEITOS    | Nº LEITOS MENSAL | QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS | VALOR DIÁRIA DE LEITO | VALOR TOTAL MENSAL    |
|-------------------|------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| U/E Sala Vermelha | 10               | 304                       | R\$ 2.641,00          | R\$ 802.864,00        |
| <b>TOTAL</b>      | <b>10</b>        |                           | <b>R\$ 2.641,00</b>   | <b>R\$ 802.864,00</b> |

|                              |            |  |  |                         |
|------------------------------|------------|--|--|-------------------------|
| <b>TOTAL GERAL DE LEITOS</b> | <b>184</b> |  |  | <b>R\$ 5.817.185,92</b> |
|------------------------------|------------|--|--|-------------------------|

### Auto Regulação Formativa Territorial - ARFT-

| RECURSO ESTADUAL                             |                           |            |                      |
|----------------------------------------------|---------------------------|------------|----------------------|
| ESPECIALIDADE                                | HSCMCI - QUANT. HORAS MÊS | VALOR HORA | VALOR TOTAL MÊS      |
| Consulta em Neurologia Adulto                | 80                        | R\$ 120,00 | R\$ 9.600,00         |
| Consulta em Nefrologia                       | 100                       | R\$ 120,00 | R\$ 12.000,00        |
| Consulta em Reumatologia                     | 90                        | R\$ 120,00 | R\$ 10.800,00        |
| Conlta Pré Ortopedia                         | 40                        | R\$ 120,00 | R\$ 4.800,00         |
| Consulta em Cirurgia Ginecológica            | 0                         | R\$ 120,00 | R\$ -                |
| Consulta em Cirurgia Vascular                | 40                        | R\$ 120,00 | R\$ 4.800,00         |
| Consulta em Cirurgia Geral                   | 40                        | R\$ 120,00 | R\$ 4.800,00         |
| Consulta em Cardiologia para risco cirúrgico | 80                        | R\$ 120,00 | R\$ 9.600,00         |
| <b>TOTAL DE HORAS</b>                        | <b>470</b>                | <b>-</b>   | <b>R\$ 56.400,00</b> |



**SIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE  
RECURSO ESTADUAL**

| Grupo                                        | Subgrupo                                                              | Forma Organizacional                                                            | Quant/ mês   | Valor Unitário | Valor/mês        |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|------------------|
| 02- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica | 03-Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatologia                | 01-Exames Citopatológicos                                                       | 400          | 13,72          | 5.488,00         |
|                                              |                                                                       | 02-Exames Anatomopatológicos                                                    | 23           | 24,00          | 552,00           |
|                                              | 05-Diagnóstico por Ultrassonografia                                   | 01-Sistema Circular Doppler de Vasos - SRSCI                                    | 50           | 39,60          | 1.980,00         |
|                                              |                                                                       | 02-Ultrassonografia dos demais sistemas                                         | 5            | 37,95          | 189,75           |
|                                              | 09-Diagnóstico por Endoscopia                                         | Aparelho Digestivo - Endoscopia                                                 | 200          | 48,16          | 9.632,00         |
|                                              |                                                                       | Aparelho Digestivo - Colonoscopia                                               | 30           | 112,66         | 3.379,80         |
|                                              | 11-Métodos Diagnósticos em Especialidades                             | 02-Diagnóstico em Cardiologia                                                   | 135          | 5,15           | 695,25           |
|                                              | 12-Diagnóstico e Proc. Esp. em Hemoterapia                            | 01-Exames Doador/Receptor - Exames Imunohematológicos em Doador de Sangue       | 590          | 15,00          | 8.850,00         |
|                                              |                                                                       | 02-Procedimentos Especiais em Hemoterápica - Preparo de Componentes Aliquotados | 85           | 5,00           | 425,00           |
|                                              |                                                                       | 02-Procedimentos Especiais em Hemoterápica - Preparo de Componentes Lavados     | 5            | 5,00           | 25,00            |
|                                              |                                                                       | 02-Procedimentos Especiais em Hemoterápica - Processamento de Sangue            | 1.000        | 10,15          | 10.150,00        |
|                                              | 03-Tratamentos Clínicos Especializados                                | 09-Tratamento de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo        | 247          | 41,17          | 10.168,99        |
|                                              |                                                                       | 01-Coleta de Sangue p/ Transfusão                                               | 590          | 22,00          | 12.980,00        |
|                                              | 06-Hemoterapia                                                        | 01-Tragem Clínica de Doador(a) de Sangue                                        | 680          | 10,00          | 6.800,00         |
|                                              |                                                                       | 02-Medicina Transfusional                                                       | 35           | 8,09           | 283,15           |
| 04-Procedimentos Cirúrgicos                  | 01-Pequenas Cirurgias e Cirurgias de Pele, Tecido Subcutâneo e Mucosa | 01-Pequenas Cirurgias                                                           | 360          | 29,65          | 10.674,00        |
|                                              | 04-Cirurgia das Vias Aéreas Superiores, da Cabeça e do Pescoço        | 01-Cirurgias de Ouvido, Nariz e Garganta                                        | 1            | 48,24          | 48,24            |
|                                              |                                                                       | 02-Cirurgia da Face e do Sistema Estomatognático                                | 1            | 33,01          | 33,01            |
|                                              | 06-Cirurgia do Aparelho Circulatorio                                  | Cirurgia Vascular                                                               | 1            | 27,45          | 27,45            |
|                                              | 07-Cirurgia do Aparelho Digestivo e Anexos                            | 01-Esôfago, estômago e duodeno - Retirada de Pólipos                            | 5            | 29,84          | 149,20           |
|                                              |                                                                       | 02-Intestino, Reto e Ânus                                                       | 1            | 10,22          | 10,22            |
|                                              |                                                                       | 04-Parede e Cavidade Abdominal                                                  | 2            | 12,27          | 24,54            |
|                                              | 08-Cirurgia do Sistema Osteomuscular                                  | 01-Cintura Escapular                                                            | 20           | 43,84          | 876,80           |
|                                              |                                                                       | 02-Membros Superiores                                                           | 50           | 30,06          | 1.503,00         |
|                                              |                                                                       | 05-Membros Inferiores                                                           | 30           | 43,39          | 1.301,70         |
|                                              |                                                                       | 06-Gerais                                                                       | 10           | 28,42          | 284,20           |
|                                              |                                                                       | 04-Boia Escrotal, Testículos e Cordão Espermático                               | 1            | 20,01          | 20,01            |
|                                              |                                                                       | 05-Pênis                                                                        | 1            | 20,39          | 20,39            |
|                                              |                                                                       | 07-Vagina, Vulva e Perineo                                                      | 1            | 19,59          | 19,59            |
|                                              | 10-Cirurgia de Mama                                                   | 01-Mama                                                                         | 1            | 20,74          | 20,74            |
|                                              | 14-Cirurgia Oro-Facial                                                | 01-Buco-Maxilo-Facial                                                           | 1            | 21,01          | 21,01            |
|                                              | 15-Outras Cirurgias                                                   | 04-Procedimentos Cirúrgicos Gerais                                              | 1            | 29,86          | 29,86            |
|                                              | 17-Anestesiologia                                                     | 01-Anestesias                                                                   | 1            | 22,27          | 22,27            |
|                                              |                                                                       |                                                                                 | <b>4.563</b> |                | <b>86.685,17</b> |





GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

### SIA DE ALTA COMPLEXIDADE

| RECURSO ESTADUAL                                      |                                          |                                          |            |                |           |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|------------|----------------|-----------|
| Grupo                                                 | Subgrupo                                 | Forma Organizacional                     | Quant/ mês | Valor Unitário | Valor/mês |
| 02-<br>Procedimentos<br>com Finalidade<br>Diagnóstica | 06 -<br>Diagnóstico<br>por<br>Tomografia | 01 - Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral  | 43         | 95,10          | 4.089,30  |
|                                                       |                                          | 02 - Tórax e Membros Superiores          | 17         | 111,58         | 1.896,86  |
|                                                       |                                          | 03 - Abdômen, Pelve e Membros Inferiores | 42         | 112,69         | 4.732,98  |
| TOTAL                                                 |                                          |                                          | 102        |                | 10.719,14 |

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

### OPME's ALTA COMPLEXIDADE

| RECURSO ESTADUAL                          |              |             |           |
|-------------------------------------------|--------------|-------------|-----------|
| Forma Organ. Secund.                      | MÉDIA MENSAL | VALOR UNIT. | VALOR MÊS |
| 070201 OPME em Neurocirurgia              | 1            | 525,02      | 525,02    |
| 070203 OPME em Ortopedia                  | 151          | 459,31      | 69.355,47 |
| 070204 OPME em Assistência Cardiovascular | 1            | 124,65      | 124,65    |
| Total                                     | 153          |             | 70.005,14 |

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

### OPME's NÃO PADRONIZADAS

#### RECURSO ESTADUAL

| Descrição procedimento                            | Quant/mês | Vir unit. placa + paraf | Previsão do Vir total Mês |
|---------------------------------------------------|-----------|-------------------------|---------------------------|
| <b>Fratura articular de úmero proximal</b>        | <b>5</b>  | <b>1.990,00</b>         | <b>9.950,00</b>           |
| 01 Placa bloqueada anatômica de úmero proximal    |           | 1.490,00                | 1.490,00                  |
| 05 Parafusos Bloqueados                           |           | 62,00                   | 310,00                    |
| 05 Parafusos Corticais                            |           | 38,00                   | 190,00                    |
| <b>Fratura articular de úmero distal</b>          | <b>3</b>  | <b>3.658,00</b>         | <b>10.974,00</b>          |
| 02 Placas bloqueadas anatômicas para úmero distal |           | 1.490,00                | 2.980,00                  |
| 06 Parafusos corticais                            |           | 38,00                   | 228,00                    |
| 10 Parafusos rosqueados                           |           | 45,00                   | 450,00                    |
| <b>Fratura articular de cotovelo (Olecraneo)</b>  | <b>1</b>  | <b>3.790,04</b>         | <b>3.790,04</b>           |
| 01 Placa bloqueada anatômica para olecrano        |           | 1.390,00                | 1.390,00                  |





GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|                                                    |           |                 |                   |
|----------------------------------------------------|-----------|-----------------|-------------------|
| 01 Placa umeral medial bloqueada anatômica         |           | 1.490,00        | 1.490,00          |
| 02 Parafusos canulados                             |           | 116,02          | 232,04            |
| 06 Parafusos corticais                             |           | 38,00           | 228,00            |
| 10 Parafusos corticais rosqueados                  |           | 45,00           | 450,00            |
| <b>Fratura articular de rádio distal</b>           | <b>11</b> | <b>1.896,00</b> | <b>20.856,00</b>  |
| 01 Placa bloqueada anatômica de rádio distal       |           | 1.200,00        | 1.200,00          |
| 10 Parafusos bloqueados                            |           | 62,00           | 620,00            |
| 02 Parafusos corticais                             |           | 38,00           | 76,00             |
| <b>Fratura articular de fêmur distal</b>           | <b>6</b>  | <b>6.348,00</b> | <b>38.088,00</b>  |
| 01 Placa bloqueada anatômica de fêmur distal longa |           | 4.790,00        | 4.790,00          |
| 10 Parafusos bloqueados                            |           | 145,00          | 1.450,00          |
| 04 Parafusos corticais                             |           | 27,00           | 108,00            |
| <b>Fraturas cominutivas de membros inferiores</b>  | <b>2</b>  | <b>4.380,00</b> | <b>8.760,00</b>   |
| Fixador Ilizarov                                   |           | 4.380,00        | 8.760,00          |
| <b>Fratura articular de tíbia proximal</b>         | <b>6</b>  | <b>4.380,00</b> | <b>26.280,00</b>  |
| 02 Placas bloqueadas anatômicas de tíbia proximal  |           | 1.690,00        | 3.380,00          |
| 10 Parafusos bloqueados                            |           | 62,00           | 620,00            |
| 10 Parafusos corticais                             |           | 38,00           | 380,00            |
| <b>Fratura articular de tíbia distal</b>           | <b>3</b>  | <b>4.380,00</b> | <b>13.140,00</b>  |
| 02 Placas bloqueadas anatômicas de tíbia distal    |           | 1.690,00        | 3.380,00          |
| 10 Parafusos bloqueados                            |           | 62,00           | 620,00            |
| 10 Parafusos corticais                             |           | 38,00           | 380,00            |
| <b>Fratura articular de fíbula distal</b>          | <b>0</b>  | <b>1.190,00</b> | <b>0,00</b>       |
| 01 Placa bloqueada anatômica de fíbula distal      |           | 790,00          | 790,00            |
| 04 Parafusos bloqueados                            |           | 62,00           | 248,00            |
| 04 Parafusos corticais                             |           | 38,00           | 152,00            |
| <b>Estadual</b>                                    | <b>3</b>  | <b>1.692,72</b> | <b>5.078,16</b>   |
| <b>Federal</b>                                     |           | <b>1.210,00</b> | <b>1.210,00</b>   |
| 08 Parafusos corticais                             |           | 15,34           | 92,04             |
| 04 Parafusos corticais bloqueados                  |           | 45,00           | 270,00            |
| <b>Total/mês</b>                                   | <b>40</b> |                 | <b>136.916,20</b> |

Os tipos e quantidade de placas utilizadas durante o mês pode variar de uma para outra, não podendo ultrapassar o valor total do mês.

### FAEC HOSPITALAR

| RECURSO FEDERAL                    |                                                                               |                                              |            |                |           |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------|----------------|-----------|
| Grupo                              | Subgrupo                                                                      | Forma Organizacional                         | Quant/ mês | Valor Unitário | Valor/mês |
| 04-<br>Procedimentos<br>Cirúrgicos | 07- Cirurgia do<br>aparelho digestivo,<br>órgãos anexos e<br>parede abdominal | 03-Pancreas, baco,<br>fígado e vias biliares | 5          | 2.023,53       | 10.117,65 |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|                                                           |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                     |    |        |           |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|-----------|
| 05-<br>Transplantes<br>de Órgãos,<br>Tecidos e<br>Células | 01- Coleta e Exames para Fins de Doação de Órgãos, Tecidos e Células e de Transplante | 06-Exame Complementar p/ Diagnóstico de Morte Encefálica                                                                                                                                                                                            | 1  | 600,00 | 600,00    |
|                                                           | 02-Avaliação de Morte Encefálica                                                      | 01-Avaliação Clínica de Morte Encefálica                                                                                                                                                                                                            | 2  | 215,00 | 430,00    |
|                                                           | 03-Ações Relacionadas a Doação de Órgãos, Tecidos e Células                           | 03-Manutenção Hemodinâmica e Taxa de Sala p/ Retirada de Órgão                                                                                                                                                                                      | 2  | 900,00 | 1.800,00  |
|                                                           |                                                                                       | 04-Ações Complementares Destinadas a Doações de Órgãos, Tecidos e Células - 005-3 Entrevista Familiar p/ Doação de Órgãos de Doadores em Morte Encefálica/006-1 Entrevista Familiar para Doação de Tecidos de Doadores com Coração Parado - CIHDOTT | 3  | 420,00 | 1.260,00  |
|                                                           |                                                                                       | 04-Captação de Órgãos Efetivamente Transplantados                                                                                                                                                                                                   | 3  | 260,00 | 780,00    |
|                                                           |                                                                                       | 04-Diária de UTI de Provável Doador de Órgãos                                                                                                                                                                                                       | 1  | 508,63 | 508,63    |
|                                                           |                                                                                       | 04-Coordenação de Sala Cirúrgica p/ Retirada de Órgãos p/ Transplante                                                                                                                                                                               | 1  | 400,00 | 400,00    |
|                                                           | 06-Acompanhamento e Intercorrências no Pré e Pós-Transplante                          | 01-Avaliação do Possível Doador Falecido de Órgãos ou Tecidos para Transplante (Avaliação Doador PCR)                                                                                                                                               | 2  | 215,00 | 430,00    |
|                                                           |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                     | 20 |        | 16.326,28 |

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

#### FAEC TRS

| RECURSO FEDERAL                  |                                |                                |                                                                      |               |                   |           |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------|-----------|
| Grupo                            | Subgrupo                       | Forma Organizacional           |                                                                      | Quant/<br>mês | Valor<br>Unitário | Valor/mês |
| 03-<br>Procedimentos<br>Clínicos | 05-Tratamento<br>em Nefrologia | 01-<br>Tratamento<br>Dialítico | 03.05.01.009-3 -<br>Hemodiálise<br>(Máximo 01 Sessão<br>por Semana - | 31            | 218,47            | 6.772,57  |



|                                    |                              |                                                              | Excepcionalidade)                                                                                                                                                                    |   |          |          |
|------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------|----------|
|                                    |                              |                                                              |                                                                                                                                                                                      |   |          |          |
|                                    |                              |                                                              | 03.05.01.010-7 -<br>Hemodiálise<br>(Máximo 03<br>Sessões por<br>Semana)                                                                                                              |   |          |          |
|                                    |                              |                                                              | 03.05.01.011-5 -<br>Hemodiálise em<br>Paciente com<br>Sorologia Positiva<br>para HIV e/ou<br>Hepatite B e/ou<br>Hepatite C<br>(Máximo 03<br>Sessões por<br>Semana)                   |   |          |          |
|                                    |                              |                                                              | 03.05.01.012-3 -<br>Hemodiálise em<br>Paciente com<br>Sorologia Positiva<br>para HIV e/ou<br>Hepatite B e/ou<br>Hepatite C<br>(Excepcionalidade -<br>Máximo 01 Sessão<br>por Semana) |   |          |          |
| 04-<br>Procedimentos<br>Cirúrgicos | 18-Cirurgia em<br>Nefrologia | 01- Acessos<br>para Diálise                                  | 04.18.01.001-3 -<br>Confecção de<br>Fístula<br>Arteriovenosa c/<br>Enxertia de<br>Politetrano p/<br>Hemodiálise                                                                      | 2 | 1.453,85 | 2.907,70 |
|                                    |                              |                                                              | 04.18.01.003-0 -<br>Confecção de<br>Fístula<br>Arteriovenosa p/<br>Hemodiálise                                                                                                       | 8 | 600,00   | 4.800,00 |
|                                    |                              |                                                              | 04.18.01.004-8 -<br>Implante de Cateter<br>de Longa<br>Permanência p/<br>Hemodiálise                                                                                                 | 1 | 200,00   | 200,00   |
|                                    |                              |                                                              | 04.18.01.006-4 -<br>Implante de Cateter<br>Duplo Lúmen p/<br>Hemodiálise                                                                                                             | 3 | 115,81   | 347,43   |
|                                    |                              | 02-<br>Intervenções<br>Cirúrgicas<br>em Acesso p/<br>Diálise | 04.18.02.002-7 -<br>Ligadura de Fístula<br>Arteriovenosa                                                                                                                             | 1 | 600,00   | 600,00   |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|                                                            |                                                                       |                        |                                                                     |       |        |            |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------|--------|------------|
| 07-Fornecimento de Órtese e Próteses e Materiais Especiais | 02-Órtese, Próteses e Materiais especiais relacionados atos cirúrgico | 10- OPME em Nefrologia | 07.02.10.001-3 - Cateter de Longa Permanência p/ Hemodiálise        | 1     | 482,34 | 482,34     |
|                                                            |                                                                       |                        | 07.02.10.002-1 - Cateter p/ Subclávia Duplo Lúmen p/ Hemodiálise    | 2     | 64,76  | 129,52     |
|                                                            |                                                                       |                        | 07.02.10.009-9 - Dilatador p/ Implante de Cateter Duplo Lúmen       | 2     | 21,59  | 43,18      |
|                                                            |                                                                       |                        | 07.02.10.010-2 - Guia Metálico p/ Introdução de Cateter Duplo Lúmen | 1     | 15,41  | 15,41      |
|                                                            |                                                                       |                        |                                                                     | 1.919 |        | 424.979,62 |

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



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





GOVERNO DO ESTADO 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

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



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

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>               | Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Objetivo</b>           | <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Acreditada, se atingir conformidade com os requisitos de nível 1;</li><li>• Acreditada pleno, se atingir conformidade com os requisitos de nível 1 e 2;</li><li>• Acreditada com Excelência, se atingir conformidade com os requisitos de nível 1, 2 e 3.</li></ul> |
| <b>Forma de Evidência</b> | Certificados atualizados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Periodicidade</b>      | Contínuo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Responsável</b>        | Hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

## 2 - QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS

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

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>     | 70% do corpo clínico atender ao requisito em até 18 meses;<br>80% em até 36 meses após a celebração do convênio de contratualização.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Objetivo</b> | <p>Para qualquer uma das especialidades médicas reconhecidas no Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio dos seus Conselhos Regionais (CRM), reconhece como especialista e concede certificação, apenas aos médicos que apresentarem pelo menos um destes dois documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Certificado de Conclusão de Residência Médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência</li></ul> |



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | Médica (CNRM) do MEC; <ul style="list-style-type: none"><li>• Título de Especialista concedido por Associação ou Sociedade Brasileira da respectiva especialidade, que seja filiada à Associação Médica Brasileira (AMB) e cujo edital do concurso para Título de Especialista siga as normas da AMB e seja aprovado pela mesma.</li></ul> |
| Método de Cálculo | Registo: Certificados do corpo clínico ativo e Lista de médicos cadastrados no CRM<br><br>Total de médicos com título de especialista na sua área de atuação dividido pelo Total de médicos que compõem o corpo clínico registado 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          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Promover melhor qualidade assistencial por meio de treinamentos.</li></ul>                                                                                              |
| Método de Cálculo | Horas de treinamento executada dividido pelo total de horas programadas no Plano x 100<br><br>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. |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------|



|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivo</b>          | 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. |
| <b>Método de Cálculo</b> | Critério diagnóstico: Anvisa<br>$\frac{\text{Número Eventos Adversos Infeciosos graves ocorridos}}{\text{Número de altas hospitalares}} \times 100$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Responsável</b>       | Hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

### 3 2: Eventos adversos não infecciosos graves

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>              | Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Objetivo</b>          | 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. |
| <b>Método de Cálculo</b> | $\frac{\text{Número Eventos Adversos não Infeciosos graves ocorridos}}{\text{Número de altas hospitalares}} \times 100$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Responsável</b>       | Hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |



### 3.3: Reinternações Hospitalares

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>              | Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Objetivo</b>          | Diminuir as reinternações nos primeiros 30 dias após a alta por evento adverso infecciosos adquirido no hospital e manifesto ou agravado após a alta Hospitalar ou com o mesmo diagnóstico (CID) da primeira internação. A ocorrência de readmissões hospitalares nos primeiros 30 dias após a alta tem um importante impacto no sistema de saúde, contribuindo para o aumento do tempo de permanência do paciente, impactando no desfecho clínico, acarretando o aumento na mortalidade e aumento dos custos assistenciais. Se faz necessário conhecer a abrangência e a real magnitude da sua ocorrência, para identificação de fatores associados e definição de ações para o efetivo controle do impacto dos eventos adversos no sistema de saúde local. |
| <b>Método de Cálculo</b> | $\frac{\text{Número de readmissões em 30 dias após a alta}}{\text{Número de altas}} \times 100$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Periodicidade</b>     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Responsável</b>       | Hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

## 4 - EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO

### 4.1: Experiência do Usuário

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Meta</b>              | Parâmetro de Transição:<br><br>Indicador nota 50 NPS no 4º mês do primeiro quadrimestre.<br><br>Carência dos primeiros 3 (três) meses para implantação, monitoramento e avaliação<br><br>Indicador padronizado a partir do segundo quadrimestre. |
| <b>Objetivo</b>          | Melhorar a experiência do cliente durante a jornada hospitalar.                                                                                                                                                                                  |
| <b>Método de Cálculo</b> | $\text{NPS} = \frac{\text{Respostas 9 ou 10}}{\text{Número de respondentes}}$                                                                                                                                                                    |





|                 |                                                              |
|-----------------|--------------------------------------------------------------|
| 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><br>10-20% dos atendimentos por meio de opinião formativa<br><br><u>A partir do 2º Quadrimestre:</u><br>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><br>70% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II<br><br><u>A partir do 2º Quadrimestre:</u><br>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><br>70% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos<br><br><u>A partir do 2º Quadrimestre:</u><br>95% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos |
| Objetivo | Garantir acesso dentro dos prazos:<br>- Emergente: Até 6 horas<br>- Urgente: Até 24 horas<br>- Eletivo Urgente: Até 14 dias<br>- Eletivo (Essencial): Até 90 dias<br>- 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: <ul style="list-style-type: none"><li>• Internação por causas sensíveis à atenção primária;</li><li>• Média de Permanência;</li><li>• Taxa de Reinternação;</li><li>• Condições Adquiridas.</li></ul> |
| Objetivo          | Aumentar acesso pelo uso racional dos recursos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Método de Cálculo | Leitura de 100% dos prontuários com identificação, codificação DRG – emissão de relatório do sistema                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Periodicidade     | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Responsável       | Comissão de Monitoramento do Convênio de Contratualização                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

## 7 - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

### 7.1 Acompanhamento dos pacientes após alta hospitalar

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meta | Acompanhamento, nos primeiros 30 dias, os pacientes de alta, de todas as clínicas, através de <i>call center</i> ou mensagens eletrônicas com detecção de falhas de continuidade e ações para sua correção, conforme abaixo:<br>1º Quadrimestre: 20% das altas<br>2º Quadrimestre: 40% das altas<br>3º Quadrimestre: 80% das altas |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

## 8 - AVALIAÇÃO E AUDITORIA

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

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



GOVERNO DO ESTADO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## ANEXO C - CNES



Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 03/03/2023

CNES: 2485680      Nome Fantasia: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM      CNPJ: 27.187.087/0001-04

Nome Empresarial: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO      Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

Logradouro: RUA DOUTOR RAULINDO DE OLIVEIRA      Número: 67      Complemento: --

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

CEP: 29300-150      Telefone: (28) 2101-2121      Dependência: INDIVIDUAL      Reg de Saúde: 002

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

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: MATEUS DE ANGELI ALTOE

Cadastrado em: 17/12/2003      Atualização na base local: 02/01/2023      Última atualização Nacional: 01/03/2023

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

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

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

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

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

Atendimento

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

| Tipo de atendimento |  | Convênio               |
|---------------------|--|------------------------|
| URGENCIA            |  | PLANO DE SAUDE PUBLICO |

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

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE009 - INTERNACAO

| Grupo > Atividade Secundária |                                                |
|------------------------------|------------------------------------------------|
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE     | > 002 - APOIO DIAGNOSTICO                      |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE     | > 003 - TERAPIAS ESPECIAIS                     |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE     | > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS              |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE     | > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS    |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE     | > 014 - TELESSAUDE                             |
| 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                                        |  |                   |                     |
| CONSULTÓRIOS MÉDICOS                                         |  | 2                 | 0                   |
| SALA DE ACOLOHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO              |  | 1                 | 0                   |
| SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO                           |  | 1                 | 0                   |
| SALA DE CURATIVO                                             |  | 1                 | 0                   |
| SALA DE GESSO                                                |  | 1                 | 0                   |
| SALA DE HIGIENIZAÇÃO                                         |  | 1                 | 0                   |
| SALA PEQUENA CIRURGIA                                        |  | 1                 | 0                   |
| SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - INDIFERENCIADO                     |  | 1                 | 10                  |
| SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRÍTICO/SALA DE ESTABILIZAÇÃO |  | 1                 | 2                   |
| AMBULATORIAL                                                 |  |                   |                     |
| CLÍNICAS INDIFERENCIADO                                      |  | 11                | 0                   |
| SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL                                |  | 1                 | 0                   |
| SALA DE CURATIVO                                             |  | 1                 | 0                   |
| SALA DE ENFERMAGEM (SERVIÇOS)                                |  | 1                 | 0                   |
| SALA DE GESSO                                                |  | 1                 | 0                   |
| SALA DE PEQUENA CIRURGIA                                     |  | 1                 | 0                   |
| SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO - INDIFERENCIADO                  |  | 2                 | 8                   |
| HOSPITALAR                                                   |  |                   |                     |

|                      |  |    |   |
|----------------------|--|----|---|
| LEITOS RN NORMAL     |  | 12 | 0 |
| LEITOS RN PATOLOGICO |  | 3  | 0 |
| SALA DE CIRURGIA     |  | 5  | 0 |
| SALA DE PARTO NORMAL |  | 2  | 0 |
| SALA DE PRE-PARTO    |  | 1  | 4 |
| SALA DE RECUPERACAO  |  | 1  | 6 |

Serviços de

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

Serviços especializados

| Código | Serviço | Ambulatorial   |     |         |     | Hospitalar |     |
|--------|---------|----------------|-----|---------|-----|------------|-----|
|        |         | Característica | SUS | Não SUS | SUS | Não SUS    | SUS |



|     |                                                             |              |     |     |     |     |
|-----|-------------------------------------------------------------|--------------|-----|-----|-----|-----|
| 130 | ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA                              | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 169 | ATENCAO EM UROLOGIA                                         | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 150 | CIRURGIA VASCULAR                                           | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 170 | COMISSOES E COMITES                                         | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 112 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO         | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 105 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA            | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 117 | SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA                              | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 120 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 120 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | TERCEIRIZADO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                           | PROPRIO      | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                           | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                           | TERCEIRIZADO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                           | TERCEIRIZADO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                           | TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 122 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS       | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 142 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                       | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 125 | SERVICO DE FARMACIA                                         | PROPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 126 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                                     | PROPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 126 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                                     | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 128 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                                      | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |

|     |                                                 |         |  |     |     |     |     |
|-----|-------------------------------------------------|---------|--|-----|-----|-----|-----|
| 129 | SERVICO DE LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE  | PROPRIO |  | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 131 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                         | PROPRIO |  | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 131 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                         | PROPRIO |  | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 133 | SERVICO DE PNEUMOLOGIA                          | PROPRIO |  | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 133 | SERVICO DE PNEUMOLOGIA                          | PROPRIO |  | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 136 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL                  | PROPRIO |  | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 155 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia            | PROPRIO |  | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                | PROPRIO |  | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                | PROPRIO |  | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| 146 | SERVICO DE VIDEOAPAROSCOPIA                     | PROPRIO |  | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 144 | SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS | PROPRIO |  | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 149 | TRANSPLANTE                                     | PROPRIO |  | SIM | SIM | SIM | SIM |

Comissões e

| Descrição                       |  |
|---------------------------------|--|
| ETICA DE ENFERMAGEM             |  |
| CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR |  |
| CIPA                            |  |
| ETICA MEDICA                    |  |
| FARMACIA E TERAPEUTICA          |  |
| APROPRIACAO DE CUSTOS           |  |
| 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 |
| 112 - 001                       | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL                | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 126 - 004                       | SERVICO DE FISIOTERAPIA                             | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI  | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 126 - 002                       | SERVICO DE FISIOTERAPIA                             | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS       | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 126 - 003                       | SERVICO DE FISIOTERAPIA                             | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM OFTALMOLOGIA                 | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 126 - 006                       | SERVICO DE FISIOTERAPIA                             | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM QUEIMADOS                    | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 126 - 007                       | SERVICO DE FISIOTERAPIA                             | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA    | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 126 - 005                       | SERVICO DE FISIOTERAPIA                             | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 146 - 002                       | SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA                        | CIRURGICA                                                    | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 144 - 001                       | SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS     | COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL              | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 130 - 003                       | ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA                      | CONFECCAO INTERVENCAO DE ACESSOS PARA DIALISE                | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 146 - 001                       | SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA                        | DIAGNOSTICA                                                  | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 128 - 002                       | SERVICO DE HEMOTERAPIA                              | DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA                                   | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 131 - 001                       | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                             | DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA                                  | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 133 - 002                       | SERVICO DE PNEUMOLOGIA                              | DIAGNOSTICO EM PNEUMOLOGIA                                   | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 142 - 001                       | SERVICO DE ENDOSCOPIA                               | DO APARELHO DIGESTIVO                                        | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 142 - 002                       | SERVICO DE ENDOSCOPIA                               | DO APARELHO RESPIRATORIO                                     | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 142 - 003                       | SERVICO DE ENDOSCOPIA                               | DO APARELHO URINARIO                                         | NÃO      | NAO INFORMADO |

|           |                                                             |                                                              |     |               |
|-----------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----|---------------|
| 136 - 001 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL                              | ENTERAL                                                      | NÃO | NAO INFORMADO |
| 136 - 002 | SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL                              | ENTERAL PARENTERAL                                           | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 004 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                            | ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ | NÃO | NAO INFORMADO |
| 122 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS       | EXAME ELETROCARDIOGRAFICO                                    | NÃO | NAO INFORMADO |
| 120 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS                                    | SIM | 2547813       |
| 120 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS                                    | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES BIOQUIMICOS                                           | NÃO | NAO INFORMADO |
| 120 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES CITOPATOLOGICOS                                       | SIM | 2547813       |
| 120 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | EXAMES CITOPATOLOGICOS                                       | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES COPROLOGICOS                                          | NÃO | NAO INFORMADO |
| 129 - 001 | SERVICO DE LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE              | EXAMES DE HISTOCOMPATIBILIDADE POR MEIO SOROLOGIA            | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 005 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES DE UROANALISE                                         | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 010 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS                         | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA                            | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 006 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES HORMONAIS                                             | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 013 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS                                    | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 009 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES MICROBIOLÓGICOS                                       | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS                            | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 008 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA         | NÃO | NAO INFORMADO |
| 125 - 006 | SERVICO DE FARMACIA                                         | FARMACIA HOSPITALAR                                          | NÃO | NAO INFORMADO |
| 150 - 002 | CIRURGIA VASCULAR                                           | FISTULA ARTERIOVENOSA COM ENXERTO                            | NÃO | NAO INFORMADO |

|           |                                                  |                                                             |     |               |
|-----------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----|---------------|
| 150 - 001 | CIRURGIA VASCULAR                                | FISTULA ARTERIOVENOSA SEM ENXERTO                           | NÃO | NAO INFORMADO |
| 169 - 002 | ATENCAO EM UROLOGIA                              | LITOTRIPSIA                                                 | NÃO | NAO INFORMADO |
| 128 - 004 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                           | MEDICINA TRANSFUSIONAL                                      | NÃO | NAO INFORMADO |
| 105 - 001 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA | NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO      | NÃO | NAO INFORMADO |
| 170 - 001 | COMISSOES E COMITES                              | NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE                             | NÃO | NAO INFORMADO |
| 128 - 001 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                           | PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENCAO DO SANGUE PFINS DE ASSI | NÃO | NAO INFORMADO |
| 128 - 003 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                           | PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA                      | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 006 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                 | PRONTO ATENDIMENTO CLINICO                                  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 008 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                 | PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO                               | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 019 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                 | PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO                                | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                | RADIOLOGIA                                                  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                | RESSONANCIA MAGNETICA                                       | SIM | 3886506       |
| 155 - 001 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA            | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA                       | NÃO | NAO INFORMADO |
| 155 - 003 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA            | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA DE URGENCIA           | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA                                  | SIM | 3886492       |
| 121 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA                                  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 131 - 003 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                          | TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO                   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 131 - 002 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                          | TRATAMENTO CLINICO DO APARELHO DA VISAO                     | NÃO | NAO INFORMADO |
| 133 - 001 | SERVICO DE PNEUMOLOGIA                           | TRATAMENTO DE DOENCAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES            | NÃO | NAO INFORMADO |
| 130 - 001 | ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA                   | TRATAMENTO DIALITICO-HEMODIALISE                            | NÃO | NAO INFORMADO |
| 117 - 002 | SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA                   | TRATAMENTO EM QUEIMADOS                                     | NÃO | NAO INFORMADO |

|           |                                   |                 |     |               |  |
|-----------|-----------------------------------|-----------------|-----|---------------|--|
| 121 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | ULTRASONOGRAFIA | SIM | 3886492       |  |
| 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                      | 3         | 3      | SIM |
| Raio X de 100 a 500 mA                 | 8         | 8      | SIM |
| Ressonancia Magnetica                  | 1         | 1      | SIM |
| Tomógrafo Computadorizado              | 1         | 1      | SIM |
| Ultrassom Doppler Colorido             | 3         | 3      | SIM |
| EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA        |           |        |     |
| Grupo Gerador                          | 1         | 1      | SIM |
| EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA   |           |        |     |
| Berço Aquecido                         | 2         | 2      | SIM |



|                                   |  |     |     |     |
|-----------------------------------|--|-----|-----|-----|
| Bomba de Infusao                  |  | 273 | 270 | SIM |
| Desfibrilador                     |  | 24  | 20  | SIM |
| Equipamento de Fototerapia        |  | 4   | 4   | SIM |
| Incubadora                        |  | 5   | 5   | SIM |
| Marcapasso Temporario             |  | 1   | 1   | SIM |
| Monitor de ECG                    |  | 120 | 115 | SIM |
| Monitor de Pressao Nao-Invasivo   |  | 80  | 68  | SIM |
| Reanimador Pulmonar/AMBU          |  | 80  | 80  | SIM |
| Respirador/Ventilador             |  | 70  | 54  | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS |  |     |     |     |
| Eletrcardiografo                  |  | 12  | 12  | SIM |
| Eletroencefalografo               |  | 1   | 1   | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS  |  |     |     |     |
| Endoscopia Digestivo              |  | 3   | 3   | SIM |
| Endoscopia das Vias Respiratorias |  | 1   | 1   | SIM |
| Endoscopia das Vias Urinarias     |  | 1   | 1   | SIM |
| Laparoscopia/Vídeo                |  | 4   | 4   | SIM |
| Microscopia Cirurgico             |  | 1   | 1   | SIM |
| OUTROS EQUIPAMENTOS               |  |     |     |     |
| Equipamento para Hemodialise      |  | 34  | 30  | SIM |

Resíduos/Rejeitos

| Coleta Seletiva de Rejeito |  |
|----------------------------|--|
| RESIDUOS BIOLOGICOS        |  |
| RESIDUOS QUIMICOS          |  |
| RESIDUOS COMUNS            |  |

Diálise

Caracterização de serviço de diálise

| Salas Hemodiálise | Salas de Reuso | Máquinas Hemodiálise | Tratamento D'água          |
|-------------------|----------------|----------------------|----------------------------|
| HBsAg+ = 1        | HBsAg+ = 1     | Proporção = 40       | (X) Filtro de areia        |
| HBsAg- = 1        | HBsAg- = 1     | Outras = 0           | (X) Filtro de carvão       |
| DPI = 1           | HCV+ = 1       | -                    | (X) Abrandador             |
| DPAC = 1          | -              | -                    | (X) Deionizador            |
| -                 | -              | -                    | (X) Maq. de Osmose Reversa |
| -                 | -              | -                    | ( ) Outros                 |

Serviço de referência e manutenção

| Serviço                                  | Razão Social                                          | CNPJ           | Município               |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|
| HOSPITAL PARA TRANSPLANTE                | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM        | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE      | LIG - LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE             | 30695183000178 | VITORIA                 |
| HOSPITAL GERAL                           | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27187087000104 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| SERVICO DE ANATOMIA PATOLOGICA/CITOLOGIA | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27187087000104 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| SERVICO DE PATOLOGIA CLINICA             | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE                         | 27187087000104 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |

Caracterização de serviço de diálise

| Salas Hemodiálise                                 | Salas de Reuso                                        | Máquinas Hemodiálise | Tratamento D'água       |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM                           |                                                       |                      |                         |
| MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS DE DIALISE             | CONCISE ASSISTENCIA TECNICA                           | 01092701000160       | SAO PAULO               |
| MANUTENCAO DOS EQUIPAMENTOS DE TRATAMENTO DE AGUA | LOMEK COMERCIO E SERVICO                              | 03324767000164       | RIO BONITO              |
| LABORATORIO PARA ANALISE DE AGUA                  | TASQA SERVICOS ANALITICOS                             | 67994897000197       | VITORIA                 |
| SERVICO DE RADIOLOGIA                             | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27187087000104       | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |
| SERVICO DE ULTRA-SONOGRAFIA                       | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM | 27187087000104       | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |

Formalização

| Diretor responsável            | CPF         |
|--------------------------------|-------------|
| EMANOEL PATRICIO RIBEIRO GOMES | 45827133787 |
| Nefrologista responsável       |             |
| EMANOEL PATRICIO RIBEIRO GOMES | 45827133787 |

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

NÚMERO DE SALAS - COLETA

| Recepção / cadastro | Triagem hematológica | Triagem clínica | Coleta | Aférese |
|---------------------|----------------------|-----------------|--------|---------|
| 1                   | 1                    | 1               | 1      | 0       |

NÚMERO DE SALAS - PROCESSAMENTO

| Processamento | Pré-estoque | Estoque | Distribuição |
|---------------|-------------|---------|--------------|
| 1             | 1           | 1       | 1            |

NÚMERO DE SALAS - LABORATÓRIO

| Sorologia | Imuno Hemematologia | Pre. transfusionais | Hemostasia | Controle de qualidade | Biologia molecular | Imuno fenotipagem |
|-----------|---------------------|---------------------|------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| 0         | 1                   | 1                   | 0          | 1                     | 0                  | 1                 |

NÚMERO DE SALAS - ATENDIMENTO

| Transfusão | Seguimento do doador |
|------------|----------------------|
| 1          | 1                    |

EQUIPAMENTOS - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

| Cadeiras recicláveis |  | Centrífugas | Refr. para guarda |   | Congelador rápido | Extrator automático de |                   | Freezer | Freezer                   | Agitador de |                   |
|----------------------|--|-------------|-------------------|---|-------------------|------------------------|-------------------|---------|---------------------------|-------------|-------------------|
| 4                    |  | 2           |                   | 4 | 2                 | 2                      |                   | 0       | 2                         | 3           |                   |
| Seladoras            |  | Irradiador  | Aglutinoscópio    |   | Maq.de Aférese    |                        | Refr. p/guarda de |         | Refr. p/guarda de amostra |             | Cap.fluxo laminar |
| 1                    |  | 0           | 2                 |   | 0                 |                        | 2                 |         | 1                         | 1           |                   |

Serviço de referência e manutenção

| Serviço            | Razão Social | CNPJ           | Município |
|--------------------|--------------|----------------|-----------|
| CENTRAL SOROLOGICA | IMUNO LAB    | 65714479000173 | SAO PAULO |

Formalização

|                                   |             |
|-----------------------------------|-------------|
| Médico hemoterapeuta responsável  | CPF         |
| ELANY APARECIDA DA SILVA          | 03077042703 |
| Médico hematologista responsável  | CPF         |
| ELANY APARECIDA DA SILVA          | 03077042703 |
| Responsável técnico / sorologista | CPF         |
| Não informado                     |             |
| Médico capacitado responsável     | CPF         |
| ELANY APARECIDA DA SILVA          | 03077042703 |

Hospitalar - Leitos

| Descrição            | Leitos Existentes | Leitos SUS |
|----------------------|-------------------|------------|
| COMPLEMENTAR         |                   |            |
| UTI ADULTO - TIPO II | 43                | 29         |
| ESPEC - CIRURGICO    |                   |            |
| CIRURGIA GERAL       | 28                | 24         |
| NEFROLOGIAUROLOGIA   | 9                 | 7          |
| NEUROCIRURGIA        | 5                 | 3          |

| Descrição               |  |  |  | Leitos Existentes | Leitos SUS |
|-------------------------|--|--|--|-------------------|------------|
| ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA |  |  |  | 67                | 65         |
| ESPEC - CLINICO         |  |  |  |                   |            |
| CLINICA GERAL           |  |  |  | 32                | 30         |
| NEFROUROLOGIA           |  |  |  | 14                | 12         |
| NEUROLOGIA              |  |  |  | 6                 | 4          |

Habilitações

| Código | Descrição                                                           | Origem   | Competência Inicial | Competência Final | Portaria      | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|---------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
| 1101   | SERVICO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO AIDS                             | NACIONAL | 07/1992             | 99/9999           |               |               | 0          |                    |                     |
| 1504   | ATENCAO ESPECIALIZADA EM DRC COM HEMODIALISE                        | NACIONAL | 11/2018             | 99/9999           | PT GM 3415    | 22/10/2018    |            | 26/11/2018         | 26/11/2018          |
| 1505   | ATENCAO ESPECIALIZADA EM DRC COM DIALISE PERITONEAL                 | NACIONAL | 11/2018             | 99/9999           | PT GM 3415    | 22/10/2018    |            | 26/11/2018         | 26/11/2018          |
| 2301   | UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL* | NACIONAL | 01/2008             | 99/9999           | SAS 120 RETIF | 14/04/2009    |            | 28/05/2009         | 26/09/2008          |
| 2304   | ENTERAL E PARENTERAL                                                | NACIONAL | 01/2008             | 99/9999           | SAS 120 RETIF | 14/04/2009    |            | 28/05/2009         | 26/09/2008          |
| 2501   | UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA*  | NACIONAL | 01/2008             | 99/9999           | SAS 90 RETF   | 30/03/2009    |            | 26/05/2009         | 11/02/2008          |
| 2601   | UTI II ADULTO                                                       | NACIONAL | 11/2003             | 99/9999           | PT GM 1897    | 29/07/2020    | 29         | 30/07/2020         |                     |
| 2701   | HOSPITAL TIPO I EM URGENCIA                                         | NACIONAL | 08/1999             | 99/9999           |               |               | 0          |                    |                     |

Incentivos

| Código | Descrição                                                                      | Competência Inicial | Competência Final | Portaria      | Data Portaria | Leitos SUS | Data da Atualização |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|------------|---------------------|
| 8213   | Porta de Entrada Hospitalar de Urgência (PEHU) - Hospital Especializado Tipo I | 08/2014             | 99/9999           | PT GM Nº 2041 | 17/07/2018    |            | 22/03/2018          |



