



## CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 002/2022

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-KPPHC

**52º 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, **HEBER DE SOUZA LAUAR**, nº Funcional 3553167, nomeado pelo Decreto nº 178-S, de 03/02/2025 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) **CONVENENTE**, neste ato representado por seu Representante Legal a **Sra. MARIA DA PENHA RODRIGUES D'ÁVILA**, inscrito no CPF: **\*\*\*.761.\*\*\*-\*\***, resolvem celebrar o presente **52º TERMO ADITIVO** ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO para execução de ações e serviços de saúde, tendo em vista o disposto na Constituição da República Federativa de 1988, na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, o art. 116 da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, Portaria MS/GM nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013 e Portarias de Consolidação nº 1, nº 2, nº 3 e nº 5, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria Estadual 076-R, de 19 de maio de 2022, bem como Portaria nº 042-R, de 14 de junho



de 2023, que tratam das normas sobre as políticas nacionais e estadual de saúde do Sistema Único de Saúde, nas correspondentes Lei de Diretrizes Orçamentárias nº 12.485, de 21 de Julho de 2025; LOA nº 12.718, de 29 de dezembro de 2025 e demais normas e legislação aplicáveis mediante as Cláusulas e condições que se seguem:

## **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

**1.1-** O presente Termo Aditivo do Convênio de Contratualização tem por objeto: **(a)** Prorrogação do período de vigência de **01/10/2026 a 31/10/2026**, **(b)** Adequação de OPME's Alta complexidade e OPME's Não Padronizadas, **(c)** Acréscimo financeiro no valor de **R\$ 9.609.463,45** (nove milhões e seiscentos e nove mil e quatrocentos e sessenta e três reais e quarenta e cinco centavos), referente aos objetos **(a)** e **(b)**, 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\$ 504.034.735,55** (quinhentos e quatro milhões e trinta e quatro mil e setecentos e trinta e cinco reais e cinquenta 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).



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**6.1.4** - O Recurso Financeiro aplicado ao **3º Termo Aditivo foi 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).

**6.1.5** - O Recurso Financeiro aplicado ao **4º Termo Aditivo foi de R\$ 2.134.132,45** (dois milhões e cento e trinta e quatro mil e cento e trinta e dois reais e quarenta e cinco centavos).

**6.1.6** - O Recurso Financeiro aplicado ao **5º Termo Aditivo foi de R\$ 7.628.675,84** (sete milhões e seiscentos e vinte e oito mil e seiscentos e setenta e cinco reais e oitenta e quatro centavos).

**6.1.7** - O Recurso Financeiro aplicado ao **6º Termo Aditivo foi de R\$ 23.614.756,68** (vinte e três milhões e seiscentos e quatorze mil e setecentos e cinquenta e seis reais e sessenta e oito centavos).

**6.1.8** - O Recurso Financeiro aplicado ao **7º Termo Aditivo foi de R\$ 6.540.180,10** (seis milhões e quinhentos e quarenta mil e cento e oitenta reais e dez centavos).

**6.1.9** - O Recurso Financeiro aplicado ao **8º Termo Aditivo foi de R\$ 1.520.282,92** (um milhão e quinhentos e vinte mil e duzentos e oitenta e dois reais e noventa e dois centavos)

**6.1.10** - O Recurso Financeiro aplicado ao **9º Termo Aditivo foi de R\$ 15.842.893,86** (quinze milhões e oitocentos e quarenta e dois mil e oitocentos e noventa e três reais e oitenta e seis centavos).

**6.1.11** - O Recurso Financeiro aplicado ao **10º Termo Aditivo foi de R\$ 33.485.787,72** (trinta e três milhões e quatrocentos e oitenta e cinco mil e setecentos e oitenta e sete reais e setenta e dois centavos)

**6.1.12** - O Recurso Financeiro aplicado ao **11º Termo Aditivo foi de R\$ 1.596.131,94** (um milhão e quinhentos e noventa e seis mil e cento e trinta e um reais e noventa e quatro centavos).

**6.1.13** - O Recurso Financeiro aplicado ao **12º Termo Aditivo foi de R\$ 1.168.236,38** (um milhão, cento e sessenta e oito mil, duzentos e trinta e seis reais e trinta e oito centavos).

**6.1.14** - O Recurso Financeiro aplicado ao **13º Termo Aditivo foi de R\$ 465.357,84** (quatrocentos e sessenta e cinco mil, trezentos e cinquenta e sete reais e oitenta e quatro centavos).



**6.1.15** - O Recurso Financeiro aplicado ao **14º Termo Aditivo foi de R\$ 465.175,70** (quatrocentos e sessenta e cinco mil, cento e setenta e cinco reais e setenta centavos).

**6.1.16** - O Recurso Financeiro aplicado ao **15º Termo Aditivo foi de R\$ 1.396.462,00** (um milhão trezentos noventa e seis mil e quatrocentos e sessenta e dois reais).

**6.1.17** - O Recurso Financeiro aplicado ao **16º Termo Aditivo foi de R\$ 16.303.889,01** (dezesesseis milhões, trezentos e três mil, oitocentos e oitenta e nove reais e um centavo).

**6.1.18** - O Recurso Financeiro aplicado ao **17º Termo Aditivo foi de R\$ 470.180,71** (quatrocentos e setenta mil, cento e oitenta reais e setenta e um centavos).

**6.1.19** - O Recurso Financeiro aplicado ao **18º Termo Aditivo foi de R\$ 16.325.395,69** (dezesesseis milhões, trezentos e vinte e cinco mil, trezentos e noventa e cinco reais e sessenta e nove centavos).

**6.1.20** - O Recurso Financeiro aplicado ao **19º Termo Aditivo foi de R\$ 1.478.075,89** (um milhão quatrocentos e setenta e oito mil e setenta e cinco reais e oitenta e nove centavos).

**6.1.21** - O Recurso Financeiro aplicado ao **20º Termo Aditivo foi de R\$ 440.859,20** (quatrocentos e quarenta mil oitocentos e cinquenta e nove reais e vinte centavos).

**6.1.22** - O Recurso Financeiro aplicado ao **21º Termo Aditivo foi de R\$ 25.259.532,92** (vinte e cinco milhões duzentos e cinquenta e nove mil quinhentos e trinta e dois reais e noventa e dois centavos).

**6.1.23** - O Recurso Financeiro aplicado ao **22º Termo Aditivo foi de R\$ 1.461.858,20** (um milhão quatrocentos e sessenta e um mil oitocentos e cinquenta e oito reais e vinte centavos).

**6.1.24** - O Recurso Financeiro aplicado ao **23º Termo Aditivo foi de R\$ 474.996,40** (quatrocentos e setenta e quatro mil e novecentos e noventa e seis reais e quarenta centavos).

**6.1.25** - O Recurso Financeiro aplicado ao **24º Termo Aditivo foi de R\$ 321.145,60** (trezentos e vinte e um mil e cento e quarenta e cinco reais e sessenta centavos).

**6.1.26** - O Recurso Financeiro aplicado ao **25º Termo Aditivo foi de R\$ 9.062.541,29** (nove milhões e sessenta e dois mil e quinhentos e quarenta e um reais e vinte e nove centavos).



**6.1.27** - O Recurso Financeiro aplicado ao **26º Termo Aditivo foi de R\$ 52.753.562,35** (cinquenta e dois milhões e setecentos e cinquenta e três mil e quinhentos e sessenta e dois reais e trinta e cinco centavos).

**6.1.28** - O Recurso Financeiro aplicado ao **27º Termo Aditivo foi de R\$ 1.112.683,74** (um milhão e cento e doze mil e seiscentos e oitenta e três reais e setenta e quatro centavos).

**6.1.29** - O Recurso Financeiro aplicado ao **28º Termo Aditivo foi de R\$ 928.713,99** (novecentos e vinte e oito mil e setecentos e treze reais e noventa e nove centavos).

**6.1.30** - O Recurso Financeiro aplicado ao **29º Termo Aditivo foi de R\$ 2.047.202,17** (dois milhões e quarenta e sete mil e duzentos e dois reais e dezessete centavos).

**6.1.31** - O Recurso Financeiro aplicado ao **30º Termo Aditivo foi de R\$ 1.810.029,60** (um milhão e oitocentos e dez mil e vinte e nove reais e sessenta centavos).

**6.1.32** - O Recurso Financeiro aplicado ao **31º Termo Aditivo foi de R\$ 19.733.838,27** (dezenove milhões e setecentos e trinta e três mil e oitocentos e trinta e oito reais e vinte e sete centavos).

**6.1.33** - O Recurso Financeiro aplicado ao **32º Termo Aditivo foi de R\$ 476.469,41** (quatrocentos e setenta e seis mil e quatrocentos e sessenta e nove reais e quarenta e um centavos).

**6.1.34** - O Recurso Financeiro aplicado ao **33º Termo Aditivo foi de R\$ 494.427,19** (quatrocentos e noventa e quatro mil e quatrocentos e vinte e sete reais e dezenove centavos).

**6.1.35** - O Recurso Financeiro aplicado ao **34º Termo Aditivo foi de R\$ 19.857.171,09** (dezenove milhões e oitocentos e cinquenta e sete mil e cento e setenta e um reais e nove centavos).

**6.1.36** - O Recurso Financeiro aplicado ao **35º Termo Aditivo foi de R\$ 1.483.184,19** (um milhão e quatrocentos e oitenta e três mil e cento e oitenta e quatro reais e dezenove centavos).

**6.1.37** - O Recurso Financeiro aplicado ao **36º Termo Aditivo foi de R\$ 10.094.768,72** (dez milhões e noventa e quatro mil e setecentos e sessenta e oito reais e setenta e dois centavos).

**6.1.38** - O Recurso Financeiro aplicado ao **37º Termo Aditivo foi de R\$ 1.758.647,13** (um milhão e setecentos e cinquenta e oito mil e seiscentos e quarenta e sete reais e treze centavos).



**6.1.39** - O Recurso Financeiro aplicado ao **38º Termo Aditivo foi de R\$ 9.609.480,84** (nove milhões e seiscentos e nove mil e quatrocentos e oitenta reais e oitenta e quatro centavos).

**6.1.40** - O Recurso Financeiro aplicado ao **39º Termo Aditivo foi de R\$ 67.741.444,03** (sessenta e sete milhões e setecentos e quarenta e um mil e quatrocentos e quarenta e quatro reais e três centavos).

**6.1.41** - O Recurso Financeiro aplicado ao **40º Termo Aditivo foi de R\$ 956.490,12** (novecentos e cinquenta e seis mil e quatrocentos e noventa reais e doze centavos).

**6.1.42** - O Recurso Financeiro aplicado ao **41º Termo Aditivo foi de R\$ 1.970.423,77** (um milhão e novecentos e setenta mil e quatrocentos e vinte e três reais e setenta e sete centavos).

**6.1.43** - O Recurso Financeiro aplicado ao **42º Termo Aditivo foi de R\$ 440.737,34** (quatrocentos e quarenta mil e setecentos e trinta e sete reais e trinta e quatro centavos).

**6.1.44** - O Recurso Financeiro aplicado ao **43º Termo Aditivo foi de R\$ 3.735.000,00** (três milhões e setecentos e trinta e cinco mil reais).

**6.1.45** - O Recurso Financeiro aplicado ao **44º Termo Aditivo foi de R\$ 441.443,93** (quatrocentos e quarenta e um mil e quatrocentos e quarenta e três reais e noventa e três centavos).

**6.1.46** - O Recurso Financeiro aplicado ao **45º Termo Aditivo foi de R\$ 438.898,11** (quatrocentos e trinta e oito mil e oitocentos e noventa e oito reais e onze centavos).

**6.1.47** - O Recurso Financeiro aplicado ao **46º Termo Aditivo foi de R\$ 434.540,20** (quatrocentos e trinta e quatro mil e quinhentos e quarenta reais e vinte centavos).

**6.1.48** - O Recurso Financeiro aplicado ao **47º Termo Aditivo foi de R\$ 19.218.961,67** (dezenove milhões e duzentos e dezoito mil e novecentos e sessenta e um reais e sessenta e sete centavos).

**6.1.49** - O Recurso Financeiro aplicado ao **48º Termo Aditivo foi de R\$ 1.461.556,95** (um milhão e quatrocentos e sessenta e um mil e quinhentos e cinquenta e seis reais e noventa e cinco centavos).



**6.1.50** - O Recurso Financeiro aplicado ao **49º Termo Aditivo foi de R\$ 445.636,44** (quatrocentos e quarenta e cinco mil e seiscentos e trinta e seis reais e quarenta e quatro centavos).

**6.1.51** - O Recurso Financeiro aplicado ao **50º Termo Aditivo foi de R\$ 13.037.427,77** (treze milhões e trinta e sete mil e quatrocentos e vinte e sete reais e setenta e sete centavos).

**6.1.52** - O Recurso Financeiro aplicado ao **51º Termo Aditivo foi de R\$ 442.501,50** (quatrocentos e quarenta e dois mil e quinhentos e um reais e cinquenta centavos).

**6.1.53** - O Recurso Financeiro aplicado ao **52º Termo Aditivo será de R\$ 9.609.463,45** (nove milhões e seiscentos e nove mil e quatrocentos e sessenta e três reais e quarenta e cinco centavos).

**6.2** - O detalhamento do repasse a partir do **52º Termo Aditivo** se dará da seguinte forma:

**6.2.1** - Para a execução do convênio de contratualização, a CONVENIENTE receberá recursos financeiros de **R\$ 9.609.463,45** (nove milhões e seiscentos e nove mil e quatrocentos e sessenta e três reais e quarenta e cinco centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.

**6.2.2** - A parcela pré-fixada importa em **R\$ 8.179.269,49** (oito milhões e cento e setenta e nove mil e duzentos e sessenta e nove reais e quarenta e nove centavos), e será transferida à CONVENIENTE conforme o quadro de detalhamento, e oneram recursos de transferência da União ao Fundo Estadual de Saúde e recursos próprios da CONCEDENTE.

**6.2.3** - Setenta por cento (70%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 6.028.326,15** (seis milhões e vinte e oito mil e trezentos e vinte e seis reais e quinze centavos), é fixo e repassado mensalmente.

**6.2.4** - Trinta por cento (30%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 2.150.943,34** (dois milhões e cento e cinquenta mil e novecentos e quarenta e três reais e trinta e quatro 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, Consultas, Terapias, Procedimentos, APAC's, OPME's de Alta Complexidade, OPME's Não Padronizadas na Tabela SUS Capixaba e Cirurgias Eletivas Extras será repassado ao HOSPITAL, à posteriori, (pós-produção, aprovação, processamento), de acordo com a produção mensal aprovada pela SESA, respeitado o limite do Termo Aditivo do convênio contratualização para esses serviços e, conforme programação disposta no Documento Descritivo.

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

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

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

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

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

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

**PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

| SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - Classificação:<br>ESTRUTURANTE                                    |                         |                         |                         |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| RESUMO ORÇAMENTO                                                                                                          |                         |                         |                         |                         |
| 52º Termo Aditivo - SETEMBRO/2026 A OUTUBRO/2026                                                                          |                         |                         |                         |                         |
| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL                                                                                   |                         |                         |                         |                         |
| PRÉ-FIXADO 70%                                                                                                            | MENSAL                  | SETEMBRO/2026           | OUTUBRO/2026            | TOTAL (R\$)             |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                                            | R\$ 2.990.806,22        | R\$ 2.990.806,22        | R\$ 2.990.806,22        | R\$ 2.990.806,22        |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>                                                          | R\$ 1.124.009,60        | R\$ 1.124.009,60        | R\$ 1.124.009,60        | R\$ 1.124.009,60        |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>                                             | R\$ 904.051,96          | R\$ 904.051,96          | R\$ 904.051,96          | R\$ 904.051,96          |
| Incentivo Federal - IAC - <b>Recurso Federal</b>                                                                          | R\$ 573.652,54          | R\$ 573.652,54          | R\$ 573.652,54          | R\$ 573.652,54          |
| INTEGRASUS - <b>Recurso Federal</b>                                                                                       | R\$ 42.314,95           | R\$ 42.314,95           | R\$ 42.314,95           | R\$ 42.314,95           |
| Redes de Atenção as Urgências (Portaria Nº1806 de 26/08/14)- <b>Recurso Federal</b>                                       | R\$ 200.000,00          | R\$ 200.000,00          | R\$ 200.000,00          | R\$ 200.000,00          |
| Redes de Atenção as Urgências (Portaria Nº1806 de 26/08/14) - Leitos Qualificados de UTI- <b>Recurso Federal</b>          | R\$ 193.490,88          | R\$ 193.490,88          | R\$ 193.490,88          | R\$ 193.490,88          |
| Portaria GM/MS Nº 12.125, de 26 de Agosto de 2026 – Parcela de Agosto/2026 do Piso de Enfermagem - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 0,00                | R\$ 442.501,50          | R\$ 0,00                | R\$ 0,00                |
| <b>SUB TOTAL RECURSO ESTADUAL - 70%</b>                                                                                   | <b>R\$ 4.114.815,82</b> | <b>R\$ 4.114.815,82</b> | <b>R\$ 4.114.815,82</b> | <b>R\$ 4.114.815,82</b> |
| <b>SUB TOTAL RECURSO FEDERAL - 70%</b>                                                                                    | <b>R\$ 1.913.510,33</b> | <b>R\$ 2.356.011,83</b> | <b>R\$ 1.913.510,33</b> | <b>R\$ 1.913.510,33</b> |
| <b>TOTAL ESTADUAL + FEDERAL - 70%</b>                                                                                     | <b>R\$ 6.028.326,15</b> | <b>R\$ 6.470.827,65</b> | <b>R\$ 6.028.326,15</b> | <b>R\$ 6.028.326,15</b> |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

| <b>PRÉ-FIXADO 30%</b>                                                                   | <b>MENSAL</b>           | <b>SETEMBRO/2026</b>     | <b>OUTUBRO/2026</b>     | <b>TOTAL (R\$)</b>      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>          | R\$ 1.281.774,10        | R\$ 1.281.774,10         | R\$ 1.281.774,10        | R\$ 1.281.774,10        |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>                        | R\$ 481.718,40          | R\$ 481.718,40           | R\$ 481.718,40          | R\$ 481.718,40          |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>           | R\$ 387.450,84          | R\$ 387.450,84           | R\$ 387.450,84          | R\$ 387.450,84          |
| <b>SUB TOTAL RECURSO ESTADUAL - 30%</b>                                                 | <b>R\$ 1.763.492,50</b> | <b>R\$ 1.763.492,50</b>  | <b>R\$ 1.763.492,50</b> | <b>R\$ 1.763.492,50</b> |
| <b>SUB TOTAL RECURSO FEDERAL - 30%</b>                                                  | <b>R\$ 387.450,84</b>   | <b>R\$ 387.450,84</b>    | <b>R\$ 387.450,84</b>   | <b>R\$ 387.450,84</b>   |
| <b>TOTAL ESTADUAL + FEDERAL - 30%</b>                                                   | <b>R\$ 2.150.943,34</b> | <b>R\$ 2.150.943,34</b>  | <b>R\$ 2.150.943,34</b> | <b>R\$ 2.150.943,34</b> |
| <b>TOTAL RECURSO PRÉ FIXADO - ESTADUAL</b>                                              | <b>R\$ 5.878.308,32</b> | <b>R\$ 5.878.308,32</b>  | <b>R\$ 5.878.308,32</b> | <b>R\$ 5.878.308,32</b> |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL</b>                                                       | <b>R\$ 2.300.961,17</b> | <b>R\$ 2.743.462,67</b>  | <b>R\$ 2.300.961,17</b> | <b>R\$ 2.300.961,17</b> |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>                                            | <b>R\$ 8.179.269,49</b> | <b>R\$ 8.621.770,99</b>  | <b>R\$ 8.179.269,49</b> | <b>R\$ 8.179.269,49</b> |
| <b>COMPONENTE PÓS-FIXADO</b>                                                            | <b>MENSAL</b>           | <b>SETEMBRO/2026</b>     | <b>OUTUBRO/2026</b>     | <b>TOTAL (R\$)</b>      |
| Consultas- <b>Recurso estadual</b>                                                      | R\$ 36.320,00           | R\$ 36.320,00            | R\$ 36.320,00           | R\$ 36.320,00           |
| Exames - <b>Recurso estadual</b>                                                        | R\$ 16.801,45           | R\$ 16.801,45            | R\$ 16.801,45           | R\$ 16.801,45           |
| Procedimentos de média e alta complexidade - <b>Recurso Federal</b>                     | R\$ 285.123,54          | R\$ 285.123,54           | R\$ 285.123,54          | R\$ 285.123,54          |
| OPME's Alta complexidade - <b>Recurso Estadual</b>                                      | R\$ 262.166,75          | R\$ 69.535,09            | R\$ 262.166,75          | R\$ 262.166,75          |
| OPME's Não padronizadas na tabela SUS - <b>Via Portaria 079-R/2025-Recurso Estadual</b> | R\$ 306.999,05          | R\$ 499.648,10           | R\$ 306.999,05          | R\$ 306.999,05          |
| FAEC Hospitalar - <b>Recurso Federal</b>                                                | R\$ 47.222,56           | R\$ 47.222,56            | R\$ 47.222,56           | R\$ 47.222,56           |
| FAEC – TRS- <b>Recurso Federal</b>                                                      | R\$ 475.560,61          | R\$ 475.560,61           | R\$ 475.560,61          | R\$ 475.560,61          |
| <b>TOTAL PÓS - FIXADO ESTADUAL</b>                                                      | <b>R\$ 622.287,25</b>   | <b>R\$ 622.304,64</b>    | <b>R\$ 622.287,25</b>   | <b>R\$ 622.287,25</b>   |
| <b>TOTAL PÓS - FIXADO FEDERAL</b>                                                       | <b>R\$ 807.906,71</b>   | <b>R\$ 807.906,71</b>    | <b>R\$ 807.906,71</b>   | <b>R\$ 807.906,71</b>   |
| <b>TOTAL PÓS - FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>                                          | <b>R\$ 1.430.193,96</b> | <b>R\$ 1.430.211,35</b>  | <b>R\$ 1.430.193,96</b> | <b>R\$ 1.430.193,96</b> |
| <b>TOTAL ESTADUAL</b>                                                                   | <b>R\$ 6.500.595,57</b> | <b>R\$ 6.500.612,96</b>  | <b>R\$ 6.500.595,57</b> | <b>R\$ 6.500.595,57</b> |
| <b>TOTAL FEDERAL</b>                                                                    | <b>R\$ 3.108.867,88</b> | <b>R\$ 3.551.369,38</b>  | <b>R\$ 3.108.867,88</b> | <b>R\$ 3.108.867,88</b> |
| <b>TOTAL DO CONVÊNIO</b>                                                                | <b>R\$ 9.609.463,45</b> | <b>R\$ 10.051.982,34</b> | <b>R\$ 9.609.463,45</b> | <b>R\$ 9.609.463,45</b> |
| <b>TOTAL DO ADITIVO</b>                                                                 |                         |                          |                         | <b>R\$ 9.609.463,45</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, para os devidos efeitos legais.

### **CLÁUSULA QUARTA – DO FORO**

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

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

Vitória/ES, de Setembro de 2026.

#### **CONCEDENTE:**

---

**HEBER DE SOUZA LAUAR**

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde – SESA/SSEC

#### **CONVENENTE**

---

**MARIA DA PENHA RODRIGUES D'ÁVILA**

Representante Legal



## DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **52º 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 **52º 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 10.302.0061.2325 - Contratualização de Serviços de Saúde Complementar e/ou 10.122. 0061. 2070 - ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE.

UG: 440.901

Gestão: 44901

Natureza de Despesa: 3.3.50.43.00 e/ou 3.3.50.92.00

Fonte de Recursos: 1500100200 e/ou 1600000000 e/ou 1600312000 e/ou 2600000000 e/ou 2500100200 e/ou 2500100203 e/ou 2500100204 e/ou 2605000000 e/ou 2600312000 e/ou 1600311000 e/ou 1605000000 e/ou 2659000011 e/ou 1501000000 e/ou 1659000015 e/ou 1634000018 e/ou 1500100202 e/ou 2500100202 e/ou 1600000005

Vitória, de Setembro de 2026.

**HEBER DE SOUZA LAUAR**

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde

## **ANEXO I**

### **DOCUMENTO DESCRITIVO – 52º TERMO ADITIVO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**

CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 002/2022

PROCESSO E-DOCS: 2022-KPPHC

PERÍODO DE EXECUÇÃO – 09/2026 à 10/2026



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## **ESTRUTURA ADMINISTRATIVA:**

### **PRESIDENTE**

Dom Luiz Fernando Lisboa

### **VICE-PRESIDENTE**

Nercedes Canal

### **PROVEDORA**

Maria da Penha Rodrigues D'Ávila

### **SUPERINTENDENTE**

Afrânio Emílio Carvalho da Silva

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

Thiago Fernandes Nora

## SUMÁRIO

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>I – IDENTIFICAÇÃO.....</b>                                                           | <b>04</b> |
| <b>II – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL.....</b>                                       | <b>05</b> |
| <b>III – CNES .....</b>                                                                 | <b>05</b> |
| <b>IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS .....</b>                                                  | <b>06</b> |
| <b>V – PERFIL ASSISTENCIAL.....</b>                                                     | <b>06</b> |
| <b>VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS .....</b>                                 | <b>06</b> |
| <b>VII – ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS .....</b>                                      | <b>08</b> |
| <b>VIII – METAS ASSISTENCIAIS .....</b>                                                 | <b>08</b> |
| <b>IX – DETALHAMENTO DAS METAS DISPONIBILIZADAS PARA O<br/>COMPLEXO REGULADOR .....</b> | <b>09</b> |
| <b>X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO.....</b>                                          | <b>11</b> |
| <b>XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS.</b>                            | <b>15</b> |
| <b>APROVAÇÃO .....</b>                                                                  | <b>16</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>                                                                     | <b>17</b> |

## I - IDENTIFICAÇÃO

|                                                       |                         |                                     |                         |            |
|-------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------|------------|
| <b>Convenente</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>                            |                         |                                     |                         |            |
| Maria da Penha Rodrigues D'Ávila                      |                         |                                     |                         |            |
| <b>CPF</b>                                            | <b>Função</b>           | <b>Período de execução</b>          |                         |            |
| ***.761.***-**                                        | Provedoria              |                                     |                         |            |
| <b>CI</b>                                             | <b>Órgão expedidor</b>  | <b>09/2026 à 10/2026</b>            |                         |            |
| 217.***                                               | SSP ES                  |                                     |                         |            |
| <b>Banco</b>                                          | <b>Agência</b>          | <b>Conta Corrente</b>               | <b>Praça</b>            |            |
| Banestes                                              | 115                     | 35.241.413                          | Cachoeiro de Itapemirim |            |
| BANCO P/PISO DA ENF                                   | <b>Agência</b>          | <b>Conta Corrente</b>               | <b>Praça</b>            |            |
| CAIXA ECONOMICA                                       | 4256                    | 780-1                               | 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 traumatismo-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. |

## 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: 204    SUS: 179                                                                                                                                                                                       |                                                  |                                  |
| Número de Leitos Complementar (UTI) - CNES | Geral:    SUS: 39                                                                                                                                                                                            |                                                  |                                  |
| 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>20 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: Traumato-Ortopedia                                                                                                            |                                                  |                                  |
| Inserção nas Redes de Atenção a Saúde      | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Se sim, quais. Rede RUE                                                                                                              |                                                  |                                  |
| Classificação do Porte Hospitalar          | <input checked="" type="checkbox"/> Estruturante<br><input 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 nº042-R, de 14 de junho de 2023 que altera e atualiza a Portaria nº076-R/2022.

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

- Definição de todas as ações e serviços de saúde nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital;
- A definição do perfil assistencial dos hospitais;
- A definição das metas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratualizados;
- A definição das metas qualitativas e desempenho na prestação das ações e serviços contratualizados;
- A descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização;
- A definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho;
- A definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização, conforme planilha descrita – Recursos Orçamentários;
- As atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar, em especial aqueles referentes a (ao):

- . Monitoramento e desempenho hospitalar;
- . Prática de atenção humanizada aos usuários;
- . Trabalho de equipe multidisciplinar;

#### **V – PERFIL ASSISTENCIAL**

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

## VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

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

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

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

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

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

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

IV. Órtese, Próteses e Materiais Especiais – OPME – de procedimentos de alta complexidade padronizados na tabela SUS;

V. Órtese, Próteses e Materiais Especiais – OPME – de procedimentos de alta complexidade não padronizadas na Tabela SUS.

Os valores das consultas médicas especializadas e as OPME's não Padronizadas na Tabela SUS, terão os seus valores definidos na Tabela SUS Capixaba.

## VII– ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

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

## VIII – METAS ASSISTENCIAIS

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

### 8.1 – INTERNAÇÃO (ÂMBITO HOSPITALAR)

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

| 52º Termo Aditivo - SETEMBRO/2026 À OUTUBRO/2026 |            |
|--------------------------------------------------|------------|
| TIPO DE LEITOS                                   | Nº LEITOS  |
| Clínica Médica – Enfermaria Adulto               | 36         |
| Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto             | 29         |
| Clínica Cirúrgica Ortopédica – Enfermaria        | 75         |
| UTI Adulto                                       | 39         |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>179</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:

| 52º Termo Aditivo - SETEMBRO/2026 À OUTUBRO/2026 |           |
|--------------------------------------------------|-----------|
| TIPO DE LEITO                                    | Nº LEITOS |
| U/E Sala Vermelha                                | 20        |

## IX – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL AMBULATORIAL

### 9.1 CRITÉRIOS E METAS

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

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

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

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

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

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

### 9.1.1 ESPECIALIDADES DE NÍVEL AMBULATORIAL

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

### 9.1.2 –TABELA DE VALOR DA CONSULTA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

| 52º Termo Aditivo - SETEMBRO/2026 À OUTUBRO/2026                                                                                                    |                                                |                                  |                |                                         |                                   |                                                                        |                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|----------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| RECURSO ESTADUAL                                                                                                                                    |                                                |                                  |                |                                         |                                   |                                                                        |                                                              |
| Código do Procedimento<br>03.01.01.00-72 -<br>Ambulatório<br>Especializado                                                                          | Oferta<br>Mensal<br>Contratual<br>(Quantidade) | Quantidade<br>1º Vez<br>(Acesso) | Auto<br>gestão | Tabela<br>Sigtap -<br>Valor<br>Unitário | Tabela<br>Sigtap -<br>Valor Total | Complemen-<br>tação -<br>Tabela SUS<br>Capixaba -<br>Valor<br>Unitário | Complementa<br>ção - Tabela<br>SUS Capixaba<br>- Valor Total |
| CONSULTA EM<br>CIRURGIA GERAL<br>MEDIA<br>COMPLEXIDADE                                                                                              | 120                                            | 60                               | 60             | R\$ 10,00                               | R\$ 1.200,00                      | R\$ 40,00                                                              | R\$ 4.800,00                                                 |
| CONSULTA EM<br>CARDIOLOGIA PARA<br>RISCO CIRÚRGICO                                                                                                  | 120                                            | 0                                | 120            | R\$ 10,00                               | R\$ 1.200,00                      | R\$ 40,00                                                              | R\$ 4.800,00                                                 |
| CONSULTA EM<br>CIRURGIA ORTOPEDIA<br>ALTA COMPLEXIDADE                                                                                              | 87                                             | 45                               | 42             | R\$ 10,00                               | R\$ 870,00                        | R\$ 40,00                                                              | R\$ 3.480,00                                                 |
| CONSULTA EM<br>CIRURGIA ORTOPEDIA<br>JOELHO ADULTO                                                                                                  | 92                                             | 50                               | 42             | R\$ 10,00                               | R\$ 920,00                        | R\$ 40,00                                                              | R\$ 3.680,00                                                 |
| CONSULTA EM<br>CIRURGIA ORTOPEDIA<br>MAO GERAL                                                                                                      | 300                                            | 150                              | 150            | R\$ 10,00                               | R\$ 3.000,00                      | R\$ 40,00                                                              | R\$ 12.000,00                                                |
| CONSULTA EM<br>CIRURGIA ORTOPEDIA<br>OMBRO ADULTO                                                                                                   | 27                                             | 15                               | 12             | R\$ 10,00                               | R\$ 270,00                        | R\$ 40,00                                                              | R\$ 1.080,00                                                 |
| CONSULTA EM<br>CIRURGIA ORTOPEDIA<br>PÉ E TORNOZELO<br>ADULTO                                                                                       | 90                                             | 45                               | 45             | R\$ 10,00                               | R\$ 900,00                        | R\$ 40,00                                                              | R\$ 3.600,00                                                 |
| CONSULTA EM<br>NEFROLOGIA ADULTO                                                                                                                    | 72                                             | 36                               | 36             | R\$ 10,00                               | R\$ 720,00                        | R\$ 40,00                                                              | R\$ 2.880,00                                                 |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                        | <b>908</b>                                     | <b>401</b>                       | <b>507</b>     |                                         |                                   |                                                                        | <b>R\$ 36.320,00</b>                                         |
| Obs.: Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. |                                                |                                  |                |                                         |                                   |                                                                        |                                                              |
| <b>*Valor unitario estabelecido através da portaria N° 166-R, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2024</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:

| 52º Termo Aditivo - SETEMBRO/2026 À OUTUBRO/2026 |                                     |                                                       |                                       |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Grupo                                            | Subgrupo                            | Item Agendamento                                      | Oferta Mensal Contratual (Quantidade) |
| 02- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica     | 05-Diagnóstico por Ultrassonografia | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL                    | 5                                     |
|                                                  |                                     | ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO (RINS, BEXIGA) | 5                                     |
|                                                  | 09-Diagnóstico por Endoscopia       | ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA ADULTO                      | 100                                   |
|                                                  |                                     | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)                             | 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 CONVENENTE 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

### 10.1 - CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS METAS

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

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

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

### 10.2 INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO HOSPITALAR GERAL

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

| DESCRIÇÃO                                | META | SCORE MÁXIMO |
|------------------------------------------|------|--------------|
| 1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS |      | 5,0          |

|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <p><b>1.1. Certificação</b></p> <p><b>Organização Nacional de Acreditação (ONA)</b></p> | <p>Apresentar no 1º Quadrimestre, após a celebração do Convênio de Contratualização, o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada, conforme abaixo:</p> <p><b><u>Hospitais Estruturantes:</u></b></p> <p>ONA nível I em 18 meses</p> <p>ONA nível 2 em 30 meses,</p> <p>ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter.</p> <p><b><u>Hospitais Estratégicos:</u></b></p> <p>Certificação ONA 1 em 18 meses</p> <p><b><u>Hospitais de Apoio:</u></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> <p>Considerando a decisão administrativa do Subsecretário, à peça #2165, essa redação passa a ser:</p> <p>Apresentar seguindo as metas e prazos de execução, após a celebração do Convênio de Contratualização:</p> <p><b><u>Hospitais Estruturantes e Estratégicos:</u></b></p> <p>Hospitais certificados independente do nível (I, II ou III): 5 pontos.</p> <p>Hospitais em processo de certificação com apresentação de diagnóstico e plano de trabalho: 2,5 pontos</p> <p>ONA nível 1: até 24 meses;</p> <p>ONA nível 2: até 48 meses;</p> <p>ONA nível 3: até 72 meses após a celebração do Convênio de Contratualização e manter.</p> <p><b><u>Hospitais de Apoio:</u></b></p> <p>Apresentar diagnóstico e plano de trabalho para melhoria de processos: 5 pontos.</p> <p>Apresentar diagnóstico e plano de trabalho para melhoria de processos.</p> | <p>5,0</p> |
| <p><b>2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS</b></p>                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>5,0</p> |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial</b> | <p>A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser <math>\geq 95\%</math> dos funcionários.</p> <p>Apresentar Plano de Educação Continuada ativo e cronograma de treinamento.</p> <p>É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>5,0</p>         |
| <b>3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL</b>                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p><b>15,0</b></p> |
| <b>3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar</b>   | <p>Manter as seguintes Comissões em pleno funcionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comissão de Revisão de Prontuário;</li> <li>-Comissão de Óbitos;</li> <li>-Comissão de Ética Médica;</li> <li>-Comissão de Ética em Enfermagem;</li> <li>-Comissão de Farmácia e Terapêutica;</li> <li>-Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);</li> <li>-Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber;</li> <li>-Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);</li> <li>-Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino;</li> <li>-Comissão de Segurança do Paciente;</li> <li>-Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber;</li> <li>e</li> <li>-Grupo Técnico de Humanização (GTH).</li> </ul> | <p>10,0</p>        |
| <b>3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente</b>                            | <p>Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificação do Paciente;</li> <li>-Cirurgia Segura;</li> <li>-Prevenção de Úlcera de Pressão;</li> <li>-Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde;</li> <li>-Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos;</li> <li>-Prevenção de Quedas.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>5,0</p>         |

| <b>4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO</b>                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>5,0</b>  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>4.1. Experiência do Usuário,</b><br>ou<br><br><b>Pesquisa avaliada prioritariamente pela metodologia do NPS (Net Promoter Score).</b> | <p>Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital.</p> <p>Atingir resposta ótimo e bom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 65\%</math> - 5,0 pontos;</li> <li>• 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos;</li> <li>• <math>\leq 61,99</math> – zero.</li> </ul> <p>OU</p> <p>Atingir índice do NPS 65:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SIM - 5,0 pontos;</li> <li>• NÃO – zero.</li> </ul> <p>OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a a ser monitorada</p> | 5,0         |
| <b>5. ACESSO AO SISTEMA</b>                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>45,0</b> |
| <b>5.1. Acesso Hospitalar</b>                                                                                                            | <p>Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação.</p> <p>Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 5,0         |
| <b>5.2. Tempo de Regulação</b>                                                                                                           | Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 5,0         |
| <b>5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado</b>                                                                                     | <p>Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de Regulação.</p> <p>(leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 10,0        |
| <b>5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada</b>                                                                                | 100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas no sistema de regulação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 10,0        |

|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>5.5 . Acesso aos Exames Especializada</b>                                             | 100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas no sistema de regulação.                                                                                                                                                                                                 | 10,0         |
| <b>5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas</b>                                           | <p>Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas <math>\leq 8\%</math></p> <p>Atingir percentual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\leq 8,0\%</math> - 5,0 pontos;</li> <li>• 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos;</li> <li>• <math>\geq 10,0\%</math> – zero.</li> </ul> | 5,0          |
| <b>6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO</b>                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>25,0</b>  |
| <b>6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência.</b>         | - Alcançar e manter em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de <b>50%</b> do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência).                                     | 15,0         |
| <b>6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação.</b>         | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação.                                                                                                          | 5,0          |
| <b>6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas.</b> | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas.                                                                                                  | 5,0          |
| <b>TOTAL</b>                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>100,0</b> |

## XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

| SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - Classificação: ESTRUTURANTE                                       |                         |                         |                         |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| RESUMO ORÇAMENTO                                                                                                          |                         |                         |                         |                         |
| 52º Termo Aditivo - SETEMBRO/2026 A OUTUBRO/2026                                                                          |                         |                         |                         |                         |
| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL                                                                                   |                         |                         |                         |                         |
| PRÉ-FIXADO 70%                                                                                                            | MENSAL                  | SETEMBRO/2026           | OUTUBRO/2026            | TOTAL (R\$)             |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                                            | R\$ 2.990.806,22        | R\$ 2.990.806,22        | R\$ 2.990.806,22        | R\$ 2.990.806,22        |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>                                                          | R\$ 1.124.009,60        | R\$ 1.124.009,60        | R\$ 1.124.009,60        | R\$ 1.124.009,60        |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>                                             | R\$ 904.051,96          | R\$ 904.051,96          | R\$ 904.051,96          | R\$ 904.051,96          |
| Incentivo Federal - IAC - <b>Recurso Federal</b>                                                                          | R\$ 573.652,54          | R\$ 573.652,54          | R\$ 573.652,54          | R\$ 573.652,54          |
| INTEGRASUS - <b>Recurso Federal</b>                                                                                       | R\$ 42.314,95           | R\$ 42.314,95           | R\$ 42.314,95           | R\$ 42.314,95           |
| Redes de Atenção as Urgências (Portaria Nº1806 de 26/08/14)- <b>Recurso Federal</b>                                       | R\$ 200.000,00          | R\$ 200.000,00          | R\$ 200.000,00          | R\$ 200.000,00          |
| Redes de Atenção as Urgências (Portaria Nº1806 de 26/08/14) - Leitos Qualificados de UTI- <b>Recurso Federal</b>          | R\$ 193.490,88          | R\$ 193.490,88          | R\$ 193.490,88          | R\$ 193.490,88          |
| Portaria GM/MS Nº 12.125, de 26 de Agosto de 2026 – Parcela de Agosto/2026 do Piso de Enfermagem - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 0,00                | R\$ 442.501,50          | R\$ 0,00                | R\$ 0,00                |
| <b>SUB TOTAL RECURSO ESTADUAL - 70%</b>                                                                                   | <b>R\$ 4.114.815,82</b> | <b>R\$ 4.114.815,82</b> | <b>R\$ 4.114.815,82</b> | <b>R\$ 4.114.815,82</b> |
| <b>SUB TOTAL RECURSO FEDERAL - 70%</b>                                                                                    | <b>R\$ 1.913.510,33</b> | <b>R\$ 2.356.011,83</b> | <b>R\$ 1.913.510,33</b> | <b>R\$ 1.913.510,33</b> |
| <b>TOTAL ESTADUAL + FEDERAL - 70%</b>                                                                                     | <b>R\$ 6.028.326,15</b> | <b>R\$ 6.470.827,65</b> | <b>R\$ 6.028.326,15</b> | <b>R\$ 6.028.326,15</b> |
| PRÉ-FIXADO 30%                                                                                                            | MENSAL                  | SETEMBRO/2026           | OUTUBRO/2026            | TOTAL (R\$)             |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                                            | R\$ 1.281.774,10        | R\$ 1.281.774,10        | R\$ 1.281.774,10        | R\$ 1.281.774,10        |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>                                                          | R\$ 481.718,40          | R\$ 481.718,40          | R\$ 481.718,40          | R\$ 481.718,40          |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>                                             | R\$ 387.450,84          | R\$ 387.450,84          | R\$ 387.450,84          | R\$ 387.450,84          |

|                                                                                          |                         |                          |                         |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>SUB TOTAL RECURSO ESTADUAL - 30%</b>                                                  | <b>R\$ 1.763.492,50</b> | <b>R\$ 1.763.492,50</b>  | <b>R\$ 1.763.492,50</b> | <b>R\$ 1.763.492,50</b> |
| <b>SUB TOTAL RECURSO FEDERAL - 30%</b>                                                   | <b>R\$ 387.450,84</b>   | <b>R\$ 387.450,84</b>    | <b>R\$ 387.450,84</b>   | <b>R\$ 387.450,84</b>   |
| <b>TOTAL ESTADUAL + FEDERAL - 30%</b>                                                    | <b>R\$ 2.150.943,34</b> | <b>R\$ 2.150.943,34</b>  | <b>R\$ 2.150.943,34</b> | <b>R\$ 2.150.943,34</b> |
| <b>TOTAL RECURSO PRÉ FIXADO - ESTADUAL</b>                                               | <b>R\$ 5.878.308,32</b> | <b>R\$ 5.878.308,32</b>  | <b>R\$ 5.878.308,32</b> | <b>R\$ 5.878.308,32</b> |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL</b>                                                        | <b>R\$ 2.300.961,17</b> | <b>R\$ 2.743.462,67</b>  | <b>R\$ 2.300.961,17</b> | <b>R\$ 2.300.961,17</b> |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>                                             | <b>R\$ 8.179.269,49</b> | <b>R\$ 8.621.770,99</b>  | <b>R\$ 8.179.269,49</b> | <b>R\$ 8.179.269,49</b> |
| <b>COMPONENTE PÓS-FIXADO</b>                                                             | <b>MENSAL</b>           | <b>SETEMBRO/2026</b>     | <b>OUTUBRO/2026</b>     | <b>TOTAL (R\$)</b>      |
| Consultas- <b>Recurso estadual</b>                                                       | R\$ 36.320,00           | R\$ 36.320,00            | R\$ 36.320,00           | R\$ 36.320,00           |
| Exames - <b>Recurso estadual</b>                                                         | R\$ 16.801,45           | R\$ 16.801,45            | R\$ 16.801,45           | R\$ 16.801,45           |
| Procedimentos de média e alta complexidade - <b>Recurso Federal</b>                      | R\$ 285.123,54          | R\$ 285.123,54           | R\$ 285.123,54          | R\$ 285.123,54          |
| OPME's Alta complexidade - <b>Recurso Estadual</b>                                       | R\$ 262.166,75          | R\$ 69.535,09            | R\$ 262.166,75          | R\$ 262.166,75          |
| OPME's Não padronizadas na tabela SUS - <b>Via Portaria 079-R/2025- Recurso Estadual</b> | R\$ 306.999,05          | R\$ 499.648,10           | R\$ 306.999,05          | R\$ 306.999,05          |
| FAEC Hospitalar - <b>Recurso Federal</b>                                                 | R\$ 47.222,56           | R\$ 47.222,56            | R\$ 47.222,56           | R\$ 47.222,56           |
| FAEC – TRS- <b>Recurso Federal</b>                                                       | R\$ 475.560,61          | R\$ 475.560,61           | R\$ 475.560,61          | R\$ 475.560,61          |
| <b>TOTAL PÓS - FIXADO ESTADUAL</b>                                                       | <b>R\$ 622.287,25</b>   | <b>R\$ 622.304,64</b>    | <b>R\$ 622.287,25</b>   | <b>R\$ 622.287,25</b>   |
| <b>TOTAL PÓS - FIXADO FEDERAL</b>                                                        | <b>R\$ 807.906,71</b>   | <b>R\$ 807.906,71</b>    | <b>R\$ 807.906,71</b>   | <b>R\$ 807.906,71</b>   |
| <b>TOTAL PÓS - FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>                                           | <b>R\$ 1.430.193,96</b> | <b>R\$ 1.430.211,35</b>  | <b>R\$ 1.430.193,96</b> | <b>R\$ 1.430.193,96</b> |
| <b>TOTAL ESTADUAL</b>                                                                    | <b>R\$ 6.500.595,57</b> | <b>R\$ 6.500.612,96</b>  | <b>R\$ 6.500.595,57</b> | <b>R\$ 6.500.595,57</b> |
| <b>TOTAL FEDERAL</b>                                                                     | <b>R\$ 3.108.867,88</b> | <b>R\$ 3.551.369,38</b>  | <b>R\$ 3.108.867,88</b> | <b>R\$ 3.108.867,88</b> |
| <b>TOTAL DO CONVÊNIO</b>                                                                 | <b>R\$ 9.609.463,45</b> | <b>R\$ 10.051.982,34</b> | <b>R\$ 9.609.463,45</b> | <b>R\$ 9.609.463,45</b> |
| <b>TOTAL DO ADITIVO</b>                                                                  |                         |                          |                         | <b>R\$ 9.609.463,45</b> |

### APROVAÇÃO

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de **R\$ 9.609.463,45** (nove milhões e seiscentos e nove mil e quatrocentos e sessenta e três reais e quarenta e cinco centavos).

**Assinatura e carimbo da Concedente**

Nome: **HEBER DE SOUZA LAUAR**

Decreto nº 178-S de 03/02/2025

CI: \*\*085\*\*\*- Órgão Expedidor: SSP - MG

CPF: \*\*\*,979.\*\*\*-\*\*

Assinatura

**Assinatura e carimbo da Convenente**

Nome: **MARIA DA PENHA RODRIGUES D'ÁVILA**

CI: 217.\*\*\* - Órgão Expedidor: SSP - ES

CPF: \*\*\*,761.\*\*\*-87

Assinatura

Vitória, de Setembro de 2026.

## **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

### LEITOS HOSPITALARES

| 52º Termo Aditivo - SETEMBRO/2026 À OUTUBRO/2026 |                  |                           |                       |                         |
|--------------------------------------------------|------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|
| 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\$ 875,00            | R\$ 861.840,00          |
| Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto             | 29               | 749,36                    | R\$ 977,00            | R\$ 732.124,72          |
| Clínica Cirúrgica Ortopédica – Enfermaria        | 75               | 1938                      | R\$ 1.286,00          | R\$ 2.492.268,00        |
| UTI Adulto                                       | 39               | 1067,04                   | R\$ 1.385,00          | R\$ 1.477.850,40        |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>179</b>       |                           |                       | <b>R\$ 5.564.083,12</b> |
| TIPO DE LEITOS                                   | Nº LEITOS MENSAL | QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS | VALOR DIÁRIA DE LEITO | VALOR TOTAL MENSAL      |
| U/E Sala Vermelha                                | 20               | 608                       | R\$ 2.641,00          | R\$ 1.605.728,00        |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>20</b>        |                           | <b>R\$ 2.641,00</b>   | <b>R\$ 1.605.728,00</b> |
| <b>TOTAL GERAL LEITOS</b>                        | <b>199</b>       |                           |                       | <b>R\$ 7.169.811,12</b> |

## CONSULTAS

### 52º Termo Aditivo - SETEMBRO/2026 À OUTUBRO/2026

#### RECURSO ESTADUAL

| Código do Procedimento 03.01.01.00-72 - Ambulatório Especializado                                                                                  | Oferta Mensal Contratual (Quantidade) | Quant. 1º Vez (Acesso) | Quant. Auto gestão | Tabela Sigtap - Valor Unitário | Tabela Sigtap - Valor Total | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Unitário | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Total |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| CONSULTA EM CIRURGIA GERAL MEDIA COMPLEXIDADE                                                                                                      | 120                                   | 60                     | 60                 | R\$ 10,00                      | R\$ 1.200,00                | R\$ 40,00                                             | R\$ 4.800,00                                       |
| CONSULTA EM CARDIOLOGIA PARA RISCO CIRÚRGICO                                                                                                       | 120                                   | 0                      | 120                | R\$ 10,00                      | R\$ 1.200,00                | R\$ 40,00                                             | R\$ 4.800,00                                       |
| CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA ALTA COMPLEXIDADE                                                                                                   | 87                                    | 45                     | 42                 | R\$ 10,00                      | R\$ 870,00                  | R\$ 40,00                                             | R\$ 3.480,00                                       |
| CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA JOELHO ADULTO                                                                                                       | 92                                    | 50                     | 42                 | R\$ 10,00                      | R\$ 920,00                  | R\$ 40,00                                             | R\$ 3.680,00                                       |
| CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA MAO GERAL                                                                                                           | 300                                   | 150                    | 150                | R\$ 10,00                      | R\$ 3.000,00                | R\$ 40,00                                             | R\$ 12.000,00                                      |
| CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA OMBRO ADULTO                                                                                                        | 27                                    | 15                     | 12                 | R\$ 10,00                      | R\$ 270,00                  | R\$ 40,00                                             | R\$ 1.080,00                                       |
| CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA PÉ E TORNOZELO ADULTO                                                                                               | 90                                    | 45                     | 45                 | R\$ 10,00                      | R\$ 900,00                  | R\$ 40,00                                             | R\$ 3.600,00                                       |
| CONSULTA EM NEFROLOGIA ADULTO                                                                                                                      | 72                                    | 36                     | 36                 | R\$ 10,00                      | R\$ 720,00                  | R\$ 40,00                                             | R\$ 2.880,00                                       |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                       | <b>908</b>                            | <b>401</b>             | <b>507</b>         |                                |                             |                                                       | <b>R\$ 36.320,00</b>                               |
| Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. |                                       |                        |                    |                                |                             |                                                       |                                                    |
| <b>*Valor unitário estabelecido através da portaria Nº 166-R, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2024</b>                                                        |                                       |                        |                    |                                |                             |                                                       |                                                    |

## EXAMES

| 52º Termo Aditivo - SETEMBRO/2026 À OUTUBRO/2026    |                                               |                                       |                            |             |                                |                             |                                                       |                                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| RECURSO ESTADUAL                                    |                                               |                                       |                            |             |                                |                             |                                                       |                                                    |
| Item Agendamento                                    | Código do Procedimento / Forma Organizacional | Oferta Mensal Contratual (Quantidade) | Quantidade 1º Vez (Acesso) | Auto gestão | Tabela Sigtap - Valor Unitário | Tabela Sigtap - Valor Total | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Unitário | Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Total |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL                   | 02.05.02.004-6                                | 5                                     | 5                          | 0           | R\$ 37,95                      | R\$ 189,75                  | R\$ 10,45                                             | R\$ 52,25                                          |
| ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO (RINS,BEXIGA) | 02.05.02.005-4                                | 5                                     | 5                          | 0           | R\$ 24,20                      | R\$ 121,00                  | R\$ 24,20                                             | R\$ 121,00                                         |
| ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA ADULTO                    | 02.09.01.003-7                                | 100                                   | 100                        | 0           | R\$ 48,16                      | R\$ 4.816,00                | R\$ 99,34                                             | R\$ 9.934,00                                       |
| COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)                           | 02.09.01.002-9                                | 30                                    | 30                         | 0           | R\$ 112,66                     | R\$ 3.379,80                | R\$ 223,14                                            | R\$ 6.694,20                                       |
| <b>TOTAL</b>                                        |                                               | <b>140</b>                            | <b>140</b>                 | <b>0</b>    |                                |                             |                                                       | <b>R\$ 16.801,45</b>                               |

## SIA MÉDIA

| 52º Termo Aditivo - SETEMBRO/2026 À OUTUBRO/2026         |                                                              |                                                          |              |           |               |             |            |               |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------|-----------|---------------|-------------|------------|---------------|
| RECURSO FEDERAL                                          |                                                              |                                                          |              |           |               |             |            |               |
| Grupo                                                    | Subgrupo                                                     | Forma Organizacional                                     | Procedimento | Quant/mês | Acesso 1º vez | Auto gestão | Valor      | Valor/mês     |
| 02-<br>Procedimentos<br>com<br>Finalidade<br>Diagnóstica | 01 - Coleta de Material                                      | 01- Coleta de Material por meio de Punção/Biopsia        |              | 1         |               |             | R\$ 105,24 | R\$ 105,24    |
|                                                          | 02- Diagnósticos por<br>Análise Clínicas                     | 01- Exames Bioclínicos                                   |              | 17.086    |               |             | R\$ 3,01   | R\$ 51.428,86 |
|                                                          |                                                              | 01- Exames Hematológicos e Hemostasia                    |              | 2.718     |               |             | R\$ 3,57   | R\$ 9.703,26  |
|                                                          |                                                              | 03- Exames Sorológicos e Imunológicos                    |              | 1.848     |               |             | R\$ 12,71  | R\$ 23.488,08 |
|                                                          |                                                              | 04- Exames Coprológicos                                  |              | 460       |               |             | R\$ 1,66   | R\$ 763,60    |
|                                                          |                                                              | 05- Exames de Uroanálise                                 |              | 1.193     |               |             | R\$ 3,71   | R\$ 4.426,03  |
|                                                          |                                                              | 06- Exames Hormonais                                     |              | 1.890     |               |             | R\$ 10,81  | R\$ 20.430,90 |
|                                                          |                                                              | 07- Exames Toxicológicos ou de Monitorização Terapêutica |              | 47        |               |             | R\$ 22,60  | R\$ 1.062,20  |
|                                                          |                                                              | 08- Exames Microbiológicos                               |              | 465       |               |             | R\$ 5,56   | R\$ 2.585,40  |
|                                                          |                                                              | 09- Exames em Outros Líquidos Biológicos                 |              | 2         |               |             | R\$ 2,00   | R\$ 4,00      |
|                                                          |                                                              | 12- Exames Imunohematológicos                            |              | 103       |               |             | R\$ 1,39   | R\$ 143,17    |
|                                                          | 03-Diagnóstico por<br>Anatomia Patológica e<br>Citopatologia | 01-Exames Citopatológicos                                |              | 5         |               |             | R\$ 13,72  | R\$ 68,60     |
|                                                          |                                                              | 02-Exames Anatomopatológicos                             |              | 5         |               |             | R\$ 24,00  | R\$ 120,00    |
|                                                          | 04 - Diagnóstico por<br>Radiologia                           | 01- Exames Radiológicos da Cabeça e Pescoço              |              | 61        |               |             | R\$ 7,92   | R\$ 483,12    |
|                                                          |                                                              | 02- Exames Radiológicos da Coluna Vertebral              |              | 125       |               |             | R\$ 9,33   | R\$ 1.166,25  |
|                                                          |                                                              | 03- Exames Radiológicos do Torax e Mediastino            |              | 324       |               |             | R\$ 7,30   | R\$ 2.365,20  |
|                                                          |                                                              | 04- Exames Rad. Cintura Escapular e Membros Superiores   |              | 675       |               |             | R\$ 6,82   | R\$ 4.603,50  |
|                                                          |                                                              | 05- Exames Radiológicos do Abdomen e Pelve               |              | 45        |               |             | R\$ 11,62  | R\$ 522,90    |
|                                                          |                                                              | 06- Exames Rad.da Cintura Pelvica e Membros Inferiores   |              | 970       |               |             | R\$ 7,65   | R\$ 7.420,50  |
|                                                          |                                                              | 01-Aparelho Digestivo - Endoscopia                       |              | 100       | 100           |             | R\$ 48,16  | R\$ 4.816,00  |

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|                             |                                                 |                                                                                 |                                                                                                              |       |     |     |            |               |
|-----------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|-----|------------|---------------|
|                             | 09-Diagnóstico por Endoscopia                   | 01-Aparelho Digestivo - Colonoscopia                                            |                                                                                                              | 30    | 30  |     | R\$ 112,66 | R\$ 3.379,80  |
|                             | 11-Métodos Diagnósticos em Especialidades       | 02-Diagnóstico em Cardiologia                                                   |                                                                                                              | 194   |     |     | R\$ 5,15   | R\$ 999,10    |
|                             | 12-Diagnóstico e Proc. Esp. em Hemoterapia      | 01-Exames Doador/Receptor - Exames Imunohematológicos em Doador de Sangue       |                                                                                                              | 751   |     |     | R\$ 15,00  | R\$ 11.265,00 |
|                             |                                                 | 02-Procedimentos Especiais em Hemoterápica - Preparo de Componentes Aliquotados |                                                                                                              | 70    |     |     | R\$ 5,00   | R\$ 350,00    |
|                             |                                                 | 02-Procedimentos Especiais em Hemoterápica - Processamento de Sangue            |                                                                                                              | 1.206 |     |     | R\$ 10,15  | R\$ 12.240,90 |
|                             | 14-Diagnóstico por Teste Rápido                 | 01-Teste Realizado Fora da Estrutura Laboratório                                |                                                                                                              | 26    |     |     | R\$ 1,00   | R\$ 26,00     |
|                             | 03-Tratamentos Clínicos Especializados          | 09-Tratamento de Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo        |                                                                                                              | 140   |     |     | R\$ 41,17  | R\$ 5.763,80  |
|                             | 05-Diagnóstico por Ultrassonografia             | 02-ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO (RINS,BEXIGA)                         |                                                                                                              | 5     | 5   |     | R\$ 24,20  | R\$ 121,00    |
|                             |                                                 | 02-ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL                                           |                                                                                                              | 5     | 5   |     | R\$ 37,95  | R\$ 189,75    |
| 03 - Procedimentos clínicos | 01 - Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos | 01 - Consultas médicas de outros profissionais de nível superior                | 03.01.01.00<br>4-8 -<br>Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (EXCETO MÉDICO) | 1.632 |     |     | R\$ 6,30   | R\$ 10.281,60 |
|                             |                                                 | 01 - Consultas médicas em atenção especializada                                 |                                                                                                              | 1.370 | 401 | 969 | R\$ 10,00  | R\$ 13.700,00 |

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|  |                                 |                                                                       |                                                                                                                      |       |  |  |           |               |
|--|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|--|-----------|---------------|
|  |                                 | 06 -Consulta/Atendimento as Urgências (em geral)                      | 03.01.06.002-9 -<br>Atendimento de urgência c/ observação até 24 horas em atenção especializada                      | 668   |  |  | R\$ 11,74 | R\$ 7.838,98  |
|  |                                 |                                                                       | 03.01.06.006-1 -<br>Atendimento de Urgência em Atenção Especializada                                                 | 2.001 |  |  | R\$ 11,74 | R\$ 23.481,74 |
|  | 02 - Fisioterapia               | 04- Assistencia Fisioterapeutica Cardiovasculares e Pneumo Funcionais | 03.02.04.001-3 -<br>Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório com complicações sistêmicas | 1     |  |  | R\$ 5,51  | R\$ 5,51      |
|  | 06-Hemoterapia                  | 01-Coleta de Sangue p/ Transusão                                      |                                                                                                                      | 690   |  |  | R\$ 22,00 | R\$ 15.180,00 |
|  |                                 | 01-Triagem Clínica de Doador(a) de Sangue                             |                                                                                                                      | 806   |  |  | R\$ 10,00 | R\$ 8.060,00  |
|  |                                 | 02-Medicina Transfusional                                             |                                                                                                                      | 31    |  |  | R\$ 8,09  | R\$ 250,79    |
|  | 04-<br>Procedimentos Cirúrgicos | 01-Pequenas Cirurgias e Cirurgias de Pele, Tecido Subcutâneo e Mucosa | 01-Pequenas Cirurgias                                                                                                | 273   |  |  | R\$ 29,65 | R\$ 8.094,45  |
|  |                                 | 01-Cirurgias de Ouvido, Nariz e Garganta                              |                                                                                                                      | 1     |  |  | R\$ 48,24 | R\$ 48,24     |

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|                                                                                                                                                            |                                                     |  |               |  |  |           |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--|---------------|--|--|-----------|-----------------------|
| 04-Cirurgia das Vias Aéreas Superiores, da Cabeça e do Pescoço                                                                                             | 02- Cirurgia da Face e do Sistema Estomatognático   |  | 2             |  |  | R\$ 33,01 | R\$ 66,02             |
| 06-Cirurgia do Aparelho Circulatório                                                                                                                       | 02- Cirurgia Vascular                               |  | 3             |  |  | R\$ 27,45 | R\$ 82,35             |
| 07-Cirurgia do Aparelho Digestivo e Anexos                                                                                                                 | 01-Esôfago, estômago e duodeno - Retirada de Pólipo |  | 6             |  |  | R\$ 29,84 | R\$ 179,04            |
|                                                                                                                                                            | 02-Intestino, Reto e Ânus                           |  | 1             |  |  | R\$ 10,22 | R\$ 10,22             |
|                                                                                                                                                            | 04-Parede e Cavidade Abdominal                      |  | 2             |  |  | R\$ 12,27 | R\$ 24,54             |
| 08-Cirurgia do Sistema Osteomuscular                                                                                                                       | 01-Cintura Escapular                                |  | 9             |  |  | R\$ 43,84 | R\$ 394,56            |
|                                                                                                                                                            | 02-Membros Superiores                               |  | 9             |  |  | R\$ 30,06 | R\$ 270,54            |
|                                                                                                                                                            | 05-Membros Inferiores                               |  | 1             |  |  | R\$ 43,39 | R\$ 43,39             |
|                                                                                                                                                            | 06-Gerais                                           |  | 27            |  |  | R\$ 28,42 | R\$ 767,34            |
| 09 - Cirurgia do Aparelho geniturinário                                                                                                                    | 04-Bolsa Escrotal, Testículos e Cordão Espermático  |  | 1             |  |  | R\$ 20,01 | R\$ 20,01             |
|                                                                                                                                                            | 05-Pênis                                            |  | 1             |  |  | R\$ 20,39 | R\$ 20,39             |
|                                                                                                                                                            | 07-Vagina, Vulva e Períneo                          |  | 1             |  |  | R\$ 19,59 | R\$ 19,59             |
| 10-Cirurgia de Mama                                                                                                                                        | 01-Mama                                             |  | 1             |  |  | R\$ 20,74 | R\$ 20,74             |
| 14-Cirurgia Oro-Facial                                                                                                                                     | 01-Buco-Maxilo-Facial                               |  | 1             |  |  | R\$ 21,01 | R\$ 21,01             |
| 15-Outras Cirurgias                                                                                                                                        | 04-Procedimentos Cirúrgicos Gerais                  |  | 1             |  |  | R\$ 29,86 | R\$ 29,86             |
| 17-Anestesiologia                                                                                                                                          | 01-Anestesias                                       |  | 1             |  |  | R\$ 22,27 | R\$ 22,27             |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                               |                                                     |  | <b>38.090</b> |  |  |           | <b>R\$ 258.975,34</b> |
| <b>Obs.: Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.</b> |                                                     |  |               |  |  |           |                       |

### SIA DE ALTA COMPLEXIDADE

| 52º Termo Aditivo - SETEMBRO/2026 À OUTUBRO/2026                                                                                                    |                                 |                                          |            |                |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|------------|----------------|----------------------|
| RECURSO FEDERAL                                                                                                                                     |                                 |                                          |            |                |                      |
| Grupo                                                                                                                                               | Subgrupo                        | Forma Organizacional                     | Quant/ mês | Valor Unitário | Valor/mês            |
| 02- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica                                                                                                        | 06 - Diagnóstico por Tomografia | 01 - Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral  | 113        | R\$ 95,10      | R\$ 10.746,30        |
|                                                                                                                                                     |                                 | 02 - Tórax e Membros Superiores          | 33         | R\$ 111,58     | R\$ 3.682,14         |
|                                                                                                                                                     |                                 | 03 - Abdomem, Pelve e Membros Inferiores | 104        | R\$ 112,69     | R\$ 11.719,76        |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                        |                                 |                                          | <b>250</b> |                | <b>R\$ 26.148,20</b> |
| 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

| 52º Termo Aditivo - SETEMBRO/2026 |              |             |                      |
|-----------------------------------|--------------|-------------|----------------------|
| RECURSO ESTADUAL                  |              |             |                      |
| Forma Organ Secund.               | Média Mensal | Valor Unit. | Valor Mês            |
| 070201 OPME em Neurocirurgia      | 2            | R\$ 525,02  | R\$ 1.050,04         |
| 070203 OPME em Ortopedia          | 90           | R\$ 663,95  | R\$ 59.755,50        |
| 070205 OPME Comuns                | 15           | R\$ 581,97  | R\$ 8.729,55         |
| <b>Total</b>                      | <b>153</b>   |             | <b>R\$ 69.535,09</b> |

| OPME DE ALTA COMPLEXIDADE                                                                                                                          |              |             |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|-----------------------|
| 52º Termo Aditivo - OUTUBRO/2026                                                                                                                   |              |             |                       |
| RECURSO ESTADUAL                                                                                                                                   |              |             |                       |
| Forma Organ Secund.                                                                                                                                | MÉDIA MENSAL | VALOR UNIT. | VALOR MÊS             |
| 070201 OPME em Neurocirurgia                                                                                                                       | 13           | R\$ 525,02  | R\$ 6.825,26          |
| 070203 OPME em Ortopedia                                                                                                                           | 339          | R\$ 663,95  | R\$ 225.079,05        |
| 070205 OPME Comuns                                                                                                                                 | 52           | R\$ 581,97  | R\$ 30.262,44         |
| <b>Total</b>                                                                                                                                       | <b>153</b>   |             | <b>R\$ 262.166,75</b> |
| 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-PORTARIA Nº 079-R, 21/07/2025**

| OPME NÃO PADRONIZADA                  |                                                                                                |        |                |           |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------|-----------|
| 52º Termo Aditivo - SETEMBRO/2026     |                                                                                                |        |                |           |
| RECURSO ESTADUAL                      |                                                                                                |        |                |           |
| ITEM PORTARIA Nº<br>079-R, 21/07/2025 | PROCEDIMENTO                                                                                   | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR MÊS |
|                                       |                                                                                                | MÊS    |                |           |
| 1                                     | FIO GUIA HIDROFÍLICO DE MÉDIA OU ALTA RIGIDEZ STIFF OU SUPER STIFF (DIÂMETRO 0.035" OU 0.038") | 0      | R\$ 350,00     | R\$ 0,00  |
| 2                                     | FIO GUIA HIDROFÍLICO TIPO EXTRARÍGIDO OU EXTRA STIFF (DIÂMETRO 0.035")                         | 0      | R\$ 517,00     | R\$ 0,00  |
| 3                                     | INTRODUTOR CONTRA LATERAL                                                                      | 0      | R\$ 805,70     | R\$ 0,00  |
| 4                                     | INTRODUTOR ARAMADO                                                                             | 0      | R\$ 850,00     | R\$ 0,00  |
| 5                                     | CATETER SUPORTE / APOIO / GUIA                                                                 | 0      | R\$ 450,00     | R\$ 0,00  |
| 6                                     | CATETER PIG TAIL CENTIMENTRADO                                                                 | 0      | R\$ 700,00     | R\$ 0,00  |

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|    |                                                                                                      |   |               |          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------|----------|
| 7  | CATETER TERAPÊUTICO                                                                                  | 0 | R\$ 3.080,85  | R\$ 0,00 |
| 8  | CATETER CIRCULAR DUPLO LOOP                                                                          | 0 | R\$ 2.765,75  | R\$ 0,00 |
| 9  | CATETER IRRIGADO TERAPÊUTICO UNIDIRECIONAL COMPATÍVEL COM SISTEMA DE MAPEAMENTO CARDIACO             | 0 | R\$ 5.800,97  | R\$ 0,00 |
| 10 | CATETER IRRIGADO TERAPEUTICO UNIDIRECIONAL COM SENSOR                                                | 0 | R\$ 5.862,00  | R\$ 0,00 |
| 11 | CATETER DE ABLAÇÃO IRRIGADO TERAPEUTICO BIDIRECIONAL COM SENSOR DE CONTATO                           | 0 | R\$ 11.764,50 | R\$ 0,00 |
| 12 | DISPOSITIVO DE INSUFLAÇÃO                                                                            | 0 | R\$ 230,00    | R\$ 0,00 |
| 13 | KIT RETIRADA DE FILTRO DE VEIA CAVA                                                                  | 0 | R\$ 3.500,00  | R\$ 0,00 |
| 14 | BAINHA PARA PUNÇÃO TRANSEPTAL DIRECIONAL                                                             | 0 | R\$ 1.765,00  | R\$ 0,00 |
| 15 | EQUIPO DE BOMBA DE ALTO FLUXO                                                                        | 0 | R\$ 450,00    | R\$ 0,00 |
| 16 | KIT ELETRODOS DE REFERÊNCIA PARA MAPEAMENTO CARDIACO                                                 | 0 | R\$ 1.944,65  | R\$ 0,00 |
| 17 | COLA CIRURGICA BIOLÓGICA (ATÉ 3ML)                                                                   | 0 | R\$ 3.108,00  | R\$ 0,00 |
| 18 | COLA CIRURGICA SINTÉTICA (ATÉ 1ML)                                                                   | 0 | R\$ 2.500,00  | R\$ 0,00 |
| 19 | DISPOSITIVO DE FECHAMENTO VASCULAR POR SUTURA OU ANCORA BIOABSORVÍVEL DE COLÁGENO                    | 0 | R\$ 1.000,00  | R\$ 0,00 |
| 20 | INTRODUTOR BAINHA LONGA                                                                              | 0 | R\$ 900,00    | R\$ 0,00 |
| 21 | ESFERAS PARA SISTEMA DE NAVEGAÇÃO CIRURGICA POR IMAGEM (NEURONAVEGAÇÃO)                              | 0 | R\$ 10.380,00 | R\$ 0,00 |
| 22 | TELA MALEÁVEL DE TITÂNIO                                                                             | 0 | R\$ 2.070,00  | R\$ 0,00 |
| 23 | SELANTE DURAL                                                                                        | 0 | R\$ 11.800,00 | R\$ 0,00 |
| 24 | FIO GUIA PARA TAVI / TAVR                                                                            | 0 | R\$ 191,00    | R\$ 0,00 |
| 25 | COMPLEXO PROTROMBÍNICO TOTAL (FATORES II, VII, IX E X DE COAGULAÇÃO) 600UI TIPO PROTHROMPLEX-T 600UI | 0 | R\$ 1.766,44  | R\$ 0,00 |
| 26 | KIT SELANTE DE FIBRINA até 5ML                                                                       | 0 | R\$ 1.521,02  | R\$ 0,00 |
| 27 | TISSEEL VHSD TROMBINA FIBRINOGENIO APROTININA                                                        | 0 | R\$ 607,30    | R\$ 0,00 |

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-KPPHC

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|    |                                                                                                                                                                                                                                  |   |               |               |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------|---------------|
| 28 | ENDOPRÓTESE VASCULAR STENT-GRAFT (PRÓTESE COM STENTT METÁLICO + ENXERTO SINTÉTICO)                                                                                                                                               | 0 | R\$ 25.000,00 | R\$ 0,00      |
| 29 | ESTABILIZADOR CARDÍACO                                                                                                                                                                                                           | 0 | R\$ 3.200,00  | R\$ 0,00      |
| 30 | KIT PARA REALIZAÇÃO DE IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VÁLVULA AÓRTICA                                                                                                                                                                    | 0 | R\$ 82.000,00 | R\$ 0,00      |
| 31 | CATETER MULTIPOLAR TERAPEUTICO (QUADRI, DECA, DUODECAPOLAR, ETC Possui na tabela SUS (07.02.04.014-2) - sem compatibilidade para eletrofisiologia. Pagamento no valor da tabela SUS até o MS corrigir a cobrança no faturamento. | 0 | R\$ 1.734,61  | R\$ 0,00      |
| 32 | CATETER DE ABLAÇÃO 4 mm                                                                                                                                                                                                          | 0 | R\$ 3.383,78  | R\$ 0,00      |
| 33 | PINÇA ULTRASSÔNICA PARA CIRURGIA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA                                                                                                                                                                        | 0 | R\$ 2.000,00  | R\$ 0,00      |
| 34 | AGULHA ENDOSCÓPICA                                                                                                                                                                                                               | 0 | R\$ 600,00    | R\$ 0,00      |
| 35 | BALÃO DE DILATAÇÃO BILIOPANCREÁTICO                                                                                                                                                                                              | 0 | R\$ 470,00    | R\$ 0,00      |
| 36 | BALÃO EXTRATOR DE CÁLCULOS BILIOPANCREÁTICO                                                                                                                                                                                      | 0 | R\$ 350,00    | R\$ 0,00      |
| 37 | CATETER PARA DRENAGEM BILIAR                                                                                                                                                                                                     | 0 | R\$ 400,00    | R\$ 0,00      |
| 38 | FIO GUIA PANCREATO BILIAR                                                                                                                                                                                                        | 0 | R\$ 300,00    | R\$ 0,00      |
| 39 | PAPILOTOMO TIPO TRIPLO LUMEN OU FACA                                                                                                                                                                                             | 0 | R\$ 400,00    | R\$ 0,00      |
| 40 | PRÓTESE / STENT DE VIA BILIAR                                                                                                                                                                                                    | 0 | R\$ 300,00    | R\$ 0,00      |
| 41 | CESTO EXTRATOR DE CÁLCULO RENAL, URETERAL E BILIAR                                                                                                                                                                               | 0 | R\$ 500,00    | R\$ 0,00      |
| 42 | PROTESE TOTAL PRIMARIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - ACETABULO METALICO X LINER DE POLIETILENO X CABEÇA CERAMICA                                                                                                                    | 5 | R\$ 6.660,00  | R\$ 33.300,00 |
| 43 | PROTESE TOTAL PRIMARIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - ACETABULO METALICO X LINER DE CERAMICA X CABEÇA METALICA                                                                                                                       | 2 | R\$ 9.600,00  | R\$ 19.200,00 |

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|    |                                                                                                                                                                                                                                  |   |               |               |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------|---------------|
| 44 | PROTESE TOTAL PRIMARIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - ACETABULO METALICO X LINER DE CERAMICA X CABEÇA CERAMICA                                                                                                                       | 1 | R\$ 10.500,00 | R\$ 10.500,00 |
| 45 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL+ ACETABULOS METALICOS JUMBOS X POLIETILENO                                                                                               | 1 | R\$ 12.800,00 | R\$ 12.800,00 |
| 46 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER MONOBLOCO DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA METALICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36   | 2 | R\$ 48.000,00 | R\$ 96.000,00 |
| 47 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36             | 1 | R\$ 52.000,00 | R\$ 52.000,00 |
| 48 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER CERAMICA + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36                | 0 | R\$ 58.000,00 | R\$ 0,00      |
| 49 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA METALICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36 | 0 | R\$ 55.341,44 | R\$ 0,00      |
| 50 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36 | 0 | R\$ 60.000,00 | R\$ 0,00      |

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|    |                                                                                                                                                                                                                               |    |               |               |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------|---------------|
| 51 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER CERAMICA + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36 | 0  | R\$ 64.000,00 | R\$ 0,00      |
| 52 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS - LINER POLIETILENO + CABEÇA METALICA                                | 0  | R\$ 48.000,00 | R\$ 0,00      |
| 53 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS - LINER POLIETILENO + CABEÇA CERAMICA                                | 0  | R\$ 52.000,00 | R\$ 0,00      |
| 54 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS - LINER CERAMICA + CABEÇA CERAMICA                                   | 0  | R\$ 56.000,00 | R\$ 0,00      |
| 55 | CUNHAS DE TRABECULADO METALICA PARA DEFEITOS OSSEOS ACETABULARES                                                                                                                                                              | 1  | R\$ 11.500,00 | R\$ 11.500,00 |
| 56 | PARAFUSOS DE FIXAÇÃO ACETABULAR E/OU CUNHAS                                                                                                                                                                                   | 30 | R\$ 248,40    | R\$ 7.452,00  |
| 57 | PROTESE TOTAL REVISAO DE JOELHO COM CUNHAS DE 5-10 MM PARA DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL                                                                                                                                        | 2  | R\$ 9.693,05  | R\$ 19.386,10 |
| 58 | PROTESE TOTAL REVISAO SEMI CONSTRICTA DE JOELHO COM CUNHAS PARA / DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL                                                                                                                                 | 1  | R\$ 68.000,00 | R\$ 68.000,00 |
| 59 | PROTESE TOTAL REVISAO CONSTRICTA DE JOELHO COM CUNHAS PARA / DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL                                                                                                                                      | 1  | R\$ 78.000,00 | R\$ 78.000,00 |
| 60 | PROTESE UNICOMPARTIMENTAL DE JOELHO                                                                                                                                                                                           | 1  | R\$ 14.080,00 | R\$ 14.080,00 |
| 61 | CONES METALICOS PARA FALHAS OSSEAS EM FEMUR DISTAL E/OU TIBIA PROXIMAL UTILIZADOS EM PROTESES TOTAIS DE REVISÕES DE JOELHOS                                                                                                   | 1  | R\$ 14.500,00 | R\$ 14.500,00 |

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|              |                                                                                                             |           |               |                       |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|-----------------------|
| 62           | PROTESE TOTAL REVERSA PARA OMBRO                                                                            | 2         | R\$ 28.000,00 | R\$ 56.000,00         |
| 63           | FIO DE ALTA RESISTÊNCIA PARA FIXAÇÃO ORTOPÉDICA, DE TECIDOS MOLES, LIGAMENTOS E TENDÕES; OU EM SUTURA ÓSSEA | 11        | R\$ 280,00    | R\$ 3.080,00          |
| 64           | LÂMINA DE SERRA OSSEAS                                                                                      | 11        | R\$ 350,00    | R\$ 3.850,00          |
| 65           | PARTÍCULAS LÍQUIDO EMBOLIZANTES (POLÍMERO EMBÓLICO)                                                         | 0         | R\$ 1.600,00  | R\$ 0,00              |
| 66           | FIO GUIA HIDROFÍLICO PARA UROLOGIA                                                                          | 0         | R\$ 134,35    | R\$ 0,00              |
| 67           | FIBRA LASER (POR UTILIZAÇÃO)                                                                                | 0         | R\$ 2.200,00  | R\$ 0,00              |
| <b>TOTAL</b> |                                                                                                             | <b>73</b> |               | <b>R\$ 499.648,10</b> |

**Obs 1.** Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.

**Obs.2** Esta tabela representa um quadro estimativo de valor global para OPME's não padrão, ficando facultado ao hospital utilizar qualquer item em quaisquer quantitativo da Portaria vigente, ou outra que venha a substituí-la; sendo pago o valor unitário disposto na Portaria vigente, conforme utilização e comprovação. Fica vedado ultrapassar o teto financeiro aqui previsto.

**Obs.3** A comprovação da utilização das OPME's não padrão, dispostas na Portaria vigente, se dará obrigatoriamente pela fixação das etiquetas ( principais e secundárias) no prontuário, além de evolução médica com descrição do ato cirúrgico e detalhamento do uso das OPME's.

| SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |                                                                                                |            |                |           |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|-----------|
| OPME NÃO PADRONIZADA                                  |                                                                                                |            |                |           |
| 52º Termo Aditivo - OUTUBRO/2026                      |                                                                                                |            |                |           |
| RECURSO ESTADUAL                                      |                                                                                                |            |                |           |
| ITEM PORTARIA Nº 079-R,<br>21/07/2025                 | PROCEDIMENTO                                                                                   | QUANT. MÊS | VALOR UNITÁRIO | VALOR MÊS |
| 1                                                     | FIO GUIA HIDROFÍLICO DE MÉDIA OU ALTA RIGIDEZ STIFF OU SUPER STIFF (DIÂMETRO 0.035" OU 0.038") | 0          | R\$ 350,00     | R\$ 0,00  |

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|    |                                                                                          |   |               |          |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------|----------|
| 2  | FIO GUIA HIDROFÍLICO TIPO EXTRARÍGIDO OU EXTRA STIFF (DIÂMETRO 0.035")                   | 0 | R\$ 517,00    | R\$ 0,00 |
| 3  | INTRODUTOR CONTRA LATERAL                                                                | 0 | R\$ 805,70    | R\$ 0,00 |
| 4  | INTRODUTOR ARAMADO                                                                       | 0 | R\$ 850,00    | R\$ 0,00 |
| 5  | CATETER SUPORTE / APOIO / GUIA                                                           | 0 | R\$ 450,00    | R\$ 0,00 |
| 6  | CATETER PIG TAIL CENTIMENTRADO                                                           | 0 | R\$ 700,00    | R\$ 0,00 |
| 7  | CATETER TERAPÊUTICO                                                                      | 0 | R\$ 3.080,85  | R\$ 0,00 |
| 8  | CATETER CIRCULAR DUPLO LOOP                                                              | 0 | R\$ 2.765,75  | R\$ 0,00 |
| 9  | CATETER IRRIGADO TERAPÊUTICO UNIDIRECIONAL COMPATÍVEL COM SISTEMA DE MAPEAMENTO CARDIACO | 0 | R\$ 5.800,97  | R\$ 0,00 |
| 10 | CATETER IRRIGADO TERAPEUTICO UNIDIRECIONAL COM SENSOR                                    | 0 | R\$ 5.862,00  | R\$ 0,00 |
| 11 | CATETER DE ABLAÇÃO IRRIGADO TERAPEUTICO BIDIRECIONAL COM SENSOR DE CONTATO               | 0 | R\$ 11.764,50 | R\$ 0,00 |
| 12 | DISPOSITIVO DE INSUFLAÇÃO                                                                | 0 | R\$ 230,00    | R\$ 0,00 |
| 13 | KIT RETIRADA DE FILTRO DE VEIA CAVA                                                      | 0 | R\$ 3.500,00  | R\$ 0,00 |
| 14 | BAINHA PARA PUNÇÃO TRANSEPTAL DIRECIONAL                                                 | 0 | R\$ 1.765,00  | R\$ 0,00 |
| 15 | EQUIPO DE BOMBA DE ALTO FLUXO                                                            | 0 | R\$ 450,00    | R\$ 0,00 |
| 16 | KIT ELETRODOS DE REFERÊNCIA PARA MAPEAMENTO CARDIACO                                     | 0 | R\$ 1.944,65  | R\$ 0,00 |
| 17 | COLA CIRURGICA BIOLÓGICA (ATÉ 3ML)                                                       | 0 | R\$ 3.108,00  | R\$ 0,00 |
| 18 | COLA CIRURGICA SINTÉTICA (ATÉ 1ML)                                                       | 0 | R\$ 2.500,00  | R\$ 0,00 |
| 19 | DISPOSITIVO DE FECHAMENTO VASCULAR POR SUTURA OU ANCORA BIOABSORVÍVEL DE COLÁGENO        | 0 | R\$ 1.000,00  | R\$ 0,00 |
| 20 | INTRODUTOR BAINHA LONGA                                                                  | 0 | R\$ 900,00    | R\$ 0,00 |

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-KPPHC

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|    |                                                                                                                                                                                                                                  |   |               |          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------|----------|
| 21 | ESFERAS PARA SISTEMA DE NAVEGAÇÃO CIRURGICA POR IMAGEM (NEURONAVEGAÇÃO)                                                                                                                                                          | 0 | R\$ 10.380,00 | R\$ 0,00 |
| 22 | TELA MALEÁVEL DE TITÂNIO                                                                                                                                                                                                         | 0 | R\$ 2.070,00  | R\$ 0,00 |
| 23 | SELANTE DURAL                                                                                                                                                                                                                    | 0 | R\$ 11.800,00 | R\$ 0,00 |
| 24 | FIO GUIA PARA TAVI / TAVR                                                                                                                                                                                                        | 0 | R\$ 191,00    | R\$ 0,00 |
| 25 | COMPLEXO PROTROMBÍNICO TOTAL (FATORES II, VII, IX E X DE COAGULAÇÃO) 600UI TIPO PROTHROMPLEX-T 600UI                                                                                                                             | 0 | R\$ 1.766,44  | R\$ 0,00 |
| 26 | KIT SELANTE DE FIBRINA até 5ML                                                                                                                                                                                                   | 0 | R\$ 1.521,02  | R\$ 0,00 |
| 27 | TISSEEL VHSD TROMBINA FIBRINOGENIO APROTININA                                                                                                                                                                                    | 0 | R\$ 607,30    | R\$ 0,00 |
| 28 | ENDOPRÓTESE VASCULAR STENT-GRAFT (PRÓTESE COM STENTT METÁLICO + ENXERTO SINTÉTICO)                                                                                                                                               | 0 | R\$ 25.000,00 | R\$ 0,00 |
| 29 | ESTABILIZADOR CARDÍACO                                                                                                                                                                                                           | 0 | R\$ 3.200,00  | R\$ 0,00 |
| 30 | KIT PARA REALIZAÇÃO DE IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VÁLVULA AÓRTICA                                                                                                                                                                    | 0 | R\$ 82.000,00 | R\$ 0,00 |
| 31 | CATETER MULTIPOLAR TERAPEUTICO (QUADRI, DECA, DUODECAPOLAR, ETC Possui na tabela SUS (07.02.04.014-2) - sem compatibilidade para eletrofisiologia. Pagamento no valor da tabela SUS até o MS corrigir a cobrança no faturamento. | 0 | R\$ 1.734,61  | R\$ 0,00 |
| 32 | CATETER DE ABLAÇÃO 4 mm                                                                                                                                                                                                          | 0 | R\$ 3.383,78  | R\$ 0,00 |
| 33 | PINÇA ULTRASSÔNICA PARA CIRURGIA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA                                                                                                                                                                        | 0 | R\$ 2.000,00  | R\$ 0,00 |
| 34 | AGULHA ENDOSCÓPICA                                                                                                                                                                                                               | 0 | R\$ 600,00    | R\$ 0,00 |
| 35 | BALÃO DE DILATAÇÃO BILIOPANCREÁTICO                                                                                                                                                                                              | 0 | R\$ 470,00    | R\$ 0,00 |
| 36 | BALÃO EXTRATOR DE CÁLCULOS BILIOPANCREÁTICO                                                                                                                                                                                      | 0 | R\$ 350,00    | R\$ 0,00 |

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-KPPHC

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|    |                                                                                                                                                                                                                                |   |               |               |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------|---------------|
| 37 | CATETER PARA DRENAGEM BILIAR                                                                                                                                                                                                   | 0 | R\$ 400,00    | R\$ 0,00      |
| 38 | FIO GUIA PANCREATO BILIAR                                                                                                                                                                                                      | 0 | R\$ 300,00    | R\$ 0,00      |
| 39 | PAPILOTOMO TIPO TRIPLO LUMEN OU FACA                                                                                                                                                                                           | 0 | R\$ 400,00    | R\$ 0,00      |
| 40 | PRÓTESE / STENT DE VIA BILIAR                                                                                                                                                                                                  | 0 | R\$ 300,00    | R\$ 0,00      |
| 41 | CESTO EXTRATOR DE CÁLCULO RENAL, URETERAL E BILIAR                                                                                                                                                                             | 0 | R\$ 500,00    | R\$ 0,00      |
| 42 | PROTESE TOTAL PRIMARIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - ACETABULO METALICO X LINER DE POLIETILENO X CABEÇA CERAMICA                                                                                                                  | 3 | R\$ 6.660,00  | R\$ 19.980,00 |
| 43 | PROTESE TOTAL PRIMARIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - ACETABULO METALICO X LINER DE CERAMICA X CABEÇA METALICA                                                                                                                     | 1 | R\$ 9.600,00  | R\$ 9.600,00  |
| 44 | PROTESE TOTAL PRIMARIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - ACETABULO METALICO X LINER DE CERAMICA X CABEÇA CERAMICA                                                                                                                     | 1 | R\$ 10.500,00 | R\$ 10.500,00 |
| 45 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL+ ACETABULOS METALICOS JUMBOS X POLIETILENO                                                                                             | 1 | R\$ 12.800,00 | R\$ 12.800,00 |
| 46 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER MONOBLOCO DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA METALICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36 | 1 | R\$ 48.000,00 | R\$ 48.000,00 |

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|    |                                                                                                                                                                                                                                  |   |               |               |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------|---------------|
| 47 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36             | 1 | R\$ 52.000,00 | R\$ 52.000,00 |
| 48 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER CERAMICA + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36                | 0 | R\$ 58.000,00 | R\$ 0,00      |
| 49 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA METALICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36 | 0 | R\$ 55.341,44 | R\$ 0,00      |
| 50 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36 | 0 | R\$ 60.000,00 | R\$ 0,00      |
| 51 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER CERAMICA + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36    | 0 | R\$ 64.000,00 | R\$ 0,00      |

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-KPPHC

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|    |                                                                                                                                                                                                |    |               |               |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------|---------------|
| 52 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS - LINER POLIETILENO + CABEÇA METALICA | 0  | R\$ 48.000,00 | R\$ 0,00      |
| 53 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS - LINER POLIETILENO + CABEÇA CERAMICA | 0  | R\$ 52.000,00 | R\$ 0,00      |
| 54 | PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS - LINER CERAMICA + CABEÇA CERAMICA    | 0  | R\$ 56.000,00 | R\$ 0,00      |
| 55 | CUNHAS DE TRABECULADO METALICA PARA DEFEITOS OSSEOS ACETABULARES                                                                                                                               | 1  | R\$ 11.500,00 | R\$ 11.500,00 |
| 56 | PARAFUSOS DE FIXAÇÃO ACETABULAR E/OU CUNHAS                                                                                                                                                    | 15 | R\$ 248,40    | R\$ 3.726,00  |
| 57 | PROTESE TOTAL REVISAO DE JOELHO COM CUNHAS DE 5-10 MM PARA DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL                                                                                                         | 1  | R\$ 9.693,05  | R\$ 9.693,05  |
| 58 | PROTESE TOTAL REVISAO SEMI CONSTRICTA DE JOELHO COM CUNHAS PARA / DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL                                                                                                  | 1  | R\$ 68.000,00 | R\$ 68.000,00 |
| 59 | PROTESE TOTAL REVISAO CONSTRICTA DE JOELHO COM CUNHAS PARA / DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL                                                                                                       | 0  | R\$ 78.000,00 | R\$ 0,00      |
| 60 | PROTESE UNICOMPARTIMENTAL DE JOELHO                                                                                                                                                            | 1  | R\$ 14.080,00 | R\$ 14.080,00 |

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|              |                                                                                                                             |           |               |                       |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|-----------------------|
| 61           | CONES METALICOS PARA FALHAS OSSEAS EM FEMUR DISTAL E/OU TIBIA PROXIMAL UTILIZADOS EM PROTESES TOTAIS DE REVISÕES DE JOELHOS | 1         | R\$ 14.500,00 | R\$ 14.500,00         |
| 62           | PROTESE TOTAL REVERSA PARA OMBRO                                                                                            | 1         | R\$ 28.000,00 | R\$ 28.000,00         |
| 63           | FIO DE ALTA RESISTÊNCIA PARA FIXAÇÃO ORTOPÉDICA, DE TECIDOS MOLES, LIGAMENTOS E TENDÕES; OU EM SUTURA ÓSSEA                 | 4         | R\$ 280,00    | R\$ 1.120,00          |
| 64           | LÂMINA DE SERRA OSSEAS                                                                                                      | 10        | R\$ 350,00    | R\$ 3.500,00          |
| 65           | PARTÍCULAS LÍQUIDO EMBOLIZANTES (POLÍMERO EMBÓLICO)                                                                         | 0         | R\$ 1.600,00  | R\$ 0,00              |
| 66           | FIO GUIA HIDROFÍLICO PARA UROLOGIA                                                                                          | 0         | R\$ 134,35    | R\$ 0,00              |
| 67           | FIBRA LASER (POR UTILIZAÇÃO)                                                                                                | 0         | R\$ 2.200,00  | R\$ 0,00              |
| <b>TOTAL</b> |                                                                                                                             | <b>43</b> |               | <b>R\$ 306.999,05</b> |

**Obs 1.** Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.

**Obs.2** Esta tabela representa um quadro estimativo de valor global para OPME's não padrão, ficando facultado ao hospital utilizar qualquer item em quaisquer quantitativo da Portaria vigente, ou outra que venha a substituí-la; sendo pago o valor unitário disposto na Portaria vigente, conforme utilização e comprovação.

Fica vedado ultrapassar o teto financeiro aqui previsto.

**Obs.3** A comprovação da utilização das OPME's não padrão, dispostas na Portaria vigente, se dará obrigatoriamente pela fixação das etiquetas ( principais e secundárias) no prontuário, além de evolução médica com descrição do ato cirúrgico e detalhamento do uso das OPME's.

**FAEC HOSPITALAR**

| <b>52º Termo Aditivo - SETEMBRO/2026 À OUTUBRO/2026</b> |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                       |                  |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|------------------|
| <b>RECURSO FEDERAL</b>                                  |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                       |                  |
| <b>Grupo</b>                                            | <b>Subgrupo</b>                                                                       | <b>Forma Organizacional</b>                                                                                                                                                                                                                         | <b>Quant/ mês</b> | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor/mês</b> |
| <b>04- Procedimentos Cirúrgicos</b>                     | 07- Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal                  | 03-Pancreas, baco, fígado e vias biliares                                                                                                                                                                                                           | 14                | R\$ 2.319,78          | R\$ 32.476,92    |
| <b>05-Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células</b>     | 01- Coleta e Exames para Fins de Doação de Órgãos, Tecidos e Células e de Transplante | 06-Exame Complementar p/ Diagnóstico de Morte Encefálica                                                                                                                                                                                            | 8                 | R\$ 600,00            | R\$ 4.800,00     |
|                                                         | 02-Avaliação de Morte Encefálica                                                      | 01-Avaliação Clínica de Morte Encefálica                                                                                                                                                                                                            | 4                 | R\$ 215,00            | R\$ 860,00       |
|                                                         | 03-Ações Relacionadas a Doação de Órgãos, Tecidos e Células                           | 03-Manutenção Hemodinâmica e Taxa de Sala p/ Retirada de Órgão                                                                                                                                                                                      | 2                 | R\$ 900,00            | R\$ 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 | 2                 | R\$ 1.999,19          | R\$ 3.998,38     |

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|              |                                                              |                                                                                                       |   |            |                      |
|--------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------|----------------------|
|              |                                                              | 04-Captação de Órgãos Efetivamente Transplantados                                                     | 4 | R\$ 260,00 | R\$ 1.040,00         |
|              |                                                              | 04-Diária de UTI de Provável Doador de Órgãos                                                         | 2 | R\$ 508,63 | R\$ 1.017,26         |
|              |                                                              | 04-Coordenação de Sala Cirúrgica p/ Retirada de Órgãos p/ Transplante                                 | 2 | R\$ 400,00 | R\$ 800,00           |
|              | 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 | R\$ 215,00 | R\$ 430,00           |
| <b>TOTAL</b> |                                                              |                                                                                                       |   |            | <b>R\$ 47.222,56</b> |

| 52º Termo Aditivo - SETEMBRO/2026 À OUTUBRO/2026 |                             |                          |                                                                                                                                                           |            |                |                |
|--------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|----------------|
| RECURSO FEDERAL                                  |                             |                          |                                                                                                                                                           |            |                |                |
| Grupo                                            | Subgrupo                    | Forma Organizacional     |                                                                                                                                                           | Quant/ mês | Valor Unitário | Valor/mês      |
| <b>03-Procedimentos Clínicos</b>                 | 05-Tratamento em Nefrologia | 01- Tratamento Dialítico | 03.05.01.009-3 - Hemodiálise (Máximo 01 Sessão por Semana - Excepcionalidade)                                                                             | 31         | R\$ 240,97     | R\$ 7.470,07   |
|                                                  |                             |                          | 03.05.01.010-7 - Hemodiálise (Máximo 03 Sessões por Semana)                                                                                               | 1.850      | R\$ 240,97     | R\$ 445.794,50 |
|                                                  |                             |                          | 03.05.01.011-5 - Hemodiálise em Paciente com Sorologia Positiva para HIV e/ou Hepatite B e/ou Hepatite C (Máximo 03 Sessões por Semana)                   | 15         | R\$ 325,98     | R\$ 4.889,70   |
|                                                  |                             |                          | 03.05.01.012-3 - Hemodiálise em Paciente com Sorologia Positiva para HIV e/ou Hepatite B e/ou Hepatite C (Excepcionalidade - Máximo 01 Sessão por Semana) | 2          | R\$ 325,98     | R\$ 651,96     |
| <b>04-Procedimentos Cirúrgicos</b>               | 18-Cirurgia em Nefrologia   | 01- Acessos para Diálise | 04.18.01.001-3 - Confecção de Fístula Artério-Venosa c/ Enxertia de Politetrano p/ Hemodiálise                                                            | 2          | R\$ 1.453,85   | R\$ 2.907,70   |
|                                                  |                             |                          | 04.18.01.003-0 - Confecção de Fístula Artério-Venosa p/ Hemodiálise                                                                                       | 14         | R\$ 859,20     | R\$ 12.028,80  |

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|                                                                                                                                                     |                                                                                     |                                                        |                                                                                |              |            |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|-----------------------|
|                                                                                                                                                     |                                                                                     |                                                        | 04.18.01.004-8 -<br>Implante de Cateter de Longa<br>Permanência p/ Hemodiálise | 1            | R\$ 200,00 | R\$ 200,00            |
|                                                                                                                                                     |                                                                                     |                                                        | 04.18.01.006-4 - Implante de Cateter<br>Duplo Lumen p/ Hemodiálise             | 3            | R\$ 115,81 | R\$ 347,43            |
|                                                                                                                                                     |                                                                                     | 02- Intervenções<br>Cirúrgicas em<br>Acesso p/ Diálise | 04.18.02.002-7 - Ligadura de Fístula<br>Artério-Venosa                         | 1            | R\$ 600,00 | R\$ 600,00            |
| <b>07 - Órteses,<br/>próteses e<br/>materiais especiais</b>                                                                                         | 02-Órtese,<br>Próteses e<br>Materiais<br>Especiais<br>relacionados ato<br>cirúrgico | 10- OPME em<br>Nefrologia                              | 07.02.10.001-3 - Cateter de Longa<br>Permanência p/ Hemodiálise                | 1            | R\$ 482,34 | R\$ 482,34            |
|                                                                                                                                                     |                                                                                     |                                                        | 07.02.10.002-1 - Cateter p/ Subclávia<br>Duplo Lumen p/ Hemodiálise            | 2            | R\$ 64,76  | R\$ 129,52            |
|                                                                                                                                                     |                                                                                     |                                                        | 07.02.10.009-9 - Dilatador p/ Implante<br>de Cateter Duplo Lumen               | 2            | R\$ 21,59  | R\$ 43,18             |
|                                                                                                                                                     |                                                                                     |                                                        | 07.02.10.010-2 - Guia Metálico p/<br>Introdução de Cateter Duplo Lumen         | 1            | R\$ 15,41  | R\$ 15,41             |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                        |                                                                                | <b>1.925</b> |            | <b>R\$ 475.560,61</b> |
| Obs.: Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. |                                                                                     |                                                        |                                                                                |              |            |                       |

### INCENTIVOS

| 52º Termo Aditivo - SETEMBRO/2026 À OUTUBRO/2026                                         |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| RECURSO FEDERAL                                                                          |                         |
| TIPO INCENTIVO                                                                           | TOTAL                   |
| INTEGRASUS (Portaria nº 878 GM/MS de 08/05/02 e Portaria 1931 de 10/08/2007)             | R\$ 42.314,95           |
| IAC (Incentivo de Adesão a Contratualização - Portaria 3.166 de 20/12/2013)              | R\$ 573.652,54          |
| Incentivo - Redes Temáticas de Atenção à Saúde                                           |                         |
| Redes de Atenção as Urgências (Portaria Nº1806 de 26/08/14)                              | R\$ 200.000,00          |
| Redes de Atenção as Urgências (Portaria Nº1806 de 26/08/14) - Leitos Qualificados de UTI | R\$ 193.490,88          |
| <b>TOTAL</b>                                                                             | <b>R\$ 1.009.458,37</b> |

### PISO DA ENFERMAGEM

| 52º Termo Aditivo - SETEMBRO/2026                                                                                                |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| RECURSO FEDERAL                                                                                                                  |                       |
| Portaria GM/MS Nº 12.125, de 26 de Agosto de 2026 – Parcela de <b>Agosto/2026</b> do Piso de Enfermagem - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 442.501,50        |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                     | <b>R\$ 442.501,50</b> |

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

**FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO SCORE**

| DESCRIÇÃO                                                                      | META                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS</b>                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>1.1. Certificação<br/>Organização<br/>Nacional de<br/>Acreditação (ONA)</b> | <p>Apresentar no 1º Quadrimestre, após a celebração do Convênio de Contratualização, o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada, conforme abaixo:</p> <p><b><u>Hospitais Estruturantes:</u></b></p> <p>ONA nível I em 18 meses<br/>ONA nível 2 em 30 meses,<br/>ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter.</p> <p><b><u>Hospitais Estratégicos:</u></b></p> <p>Certificação ONA 1 em 18 meses</p> <p><b><u>Hospitais de Apoio:</u></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> <p>Considerando a decisão administrativa do Subsecretário, à peça #2165, essa redação passa a ser:</p> <p>Apresentar seguindo as metas e prazos de execução, após a celebração do Convênio de Contratualização:</p> <p><b><u>Hospitais Estruturantes e Estratégicos:</u></b></p> <p>Hospitais certificados independente do nível (I, II ou III): 5 pontos.</p> <p>Hospitais em processo de certificação com apresentação de diagnóstico e plano de trabalho: 2,5 pontos</p> <p>ONA nível 1: até 24 meses;<br/>ONA nível 2: até 48 meses;<br/>ONA nível 3: até 72 meses após a celebração do Convênio de Contratualização e manter.</p> |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                   | <p><u>Hospitais de Apoio:</u></p> <p>Apresentar diagnóstico e plano de trabalho para melhoria de processos: 5 pontos.</p> <p>Apresentar diagnóstico e plano de trabalho para melhoria de processos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS</b>                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial</b> | <p>A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser <math>\geq 95\%</math> dos funcionários.</p> <p>Apresentar Plano de Educação Continuada ativo e cronograma de treinamento.</p> <p>É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL</b>                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar</b>   | <p>Manter as seguintes Comissões em pleno funcionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comissão de Revisão de Prontuário;</li> <li>-Comissão de Óbitos;</li> <li>-Comissão de Ética Médica;</li> <li>-Comissão de Ética em Enfermagem;</li> <li>-Comissão de Farmácia e Terapêutica;</li> <li>-Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);</li> <li>-Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber;</li> <li>-Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);</li> <li>-Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino;</li> <li>-Comissão de Segurança do Paciente;</li> <li>-Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e</li> <li>-Grupo Técnico de Humanização (GTH).</li> </ul> |

|                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente</b>                                                                  | Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente:<br>-Identificação do Paciente;<br>-Cirurgia Segura;<br>-Prevenção de Úlcera de Pressão;<br>-Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde;<br>-Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos;<br>-Prevenção de Quedas.                                                                                                                                                                    |
| <b>4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO</b>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada prioritariamente pela metodologia do NPS (Net Promoter Score).</b> | Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital.<br><br>Atingir resposta ótimo e bom: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 65\%</math> - 5,0 pontos;</li> <li>• 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos;</li> <li>• <math>\leq 61,99</math> – zero.</li> </ul> OU<br><br>Atingir índice do NPS 65: <ul style="list-style-type: none"> <li>• SIM - 5,0 pontos;</li> <li>• NÃO – zero.</li> </ul> OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a a ser monitorada. |
| <b>5. ACESSO AO SISTEMA</b>                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>5.1. Acesso Hospitalar</b>                                                                                           | Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação.<br><br>Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>5.2. Tempo de Regulação</b>                                                                                          | Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>5.3. Disponibilidade</b>                                                                                             | Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>do Leito contratualizado</b>                                                  | Regulação.<br>(leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise)                                                                                                                                                              |
| <b>5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada</b>                        | 100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas no sistema de regulação.                                                                                                                                                                         |
| <b>5.5 . Acesso aos Exames Especializada</b>                                     | 100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas no sistema de regulação.                                                                                                                                                                           |
| <b>5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas</b>                                   | Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas $\leq 8\%$<br><br>Atingir percentual: <ul style="list-style-type: none"><li>• <math>\leq 8,0\%</math> - 5,0 pontos;</li><li>• 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos;</li><li>• <math>\geq 10,0\%</math> – zero.</li></ul> |
| <b>6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO</b>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência.</b> | - Alcançar e manter em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de <b>50%</b> do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência).               |
| <b>6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação.</b> | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação.                                                                                    |

|                                                                                          |                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas.</b> | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir ≤a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas. |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## ANEXO C - CNES

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 10/09/2026

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

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

Logradouro: RUA DOUTOR RAULINDO DE OLIVEIRANúmero: 67Complemento: --

Bairro: CENTROMunicípio: 320120 - CACHOEIRO DEUF: ES

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

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

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: THIAGO FERNANDES NORA

Cadastrado em: 17/12/2003Atualização na base local: 28/08/2026Última atualização Nacional: 07/09/2026

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 |

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE

009 - INTERNACAO

| Grupo > Atividade Secundária                                            |
|-------------------------------------------------------------------------|
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 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                                        |                   |                     |
| CONSULTORIOS MEDICOS                                         | 2                 | 0                   |
| SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO               | 1                 | 0                   |
| SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO                           | 1                 | 0                   |
| SALA DE CURATIVO                                             | 1                 | 0                   |
| SALA DE GESSO                                                | 1                 | 0                   |
| SALA DE HIGIENIZACAO                                         | 1                 | 0                   |
| SALA PEQUENA CIRURGIA                                        | 1                 | 0                   |
| SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO                     | 1                 | 10                  |
| SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO | 1                 | 2                   |
| AMBULATORIAL                                                 |                   |                     |
| CLINICAS INDIFERENCIADO                                      | 11                | 0                   |
| SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL                                | 1                 | 0                   |
| SALA DE CURATIVO                                             | 1                 | 0                   |
| SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)                                | 1                 | 0                   |
| SALA DE GESSO                                                | 1                 | 0                   |
| SALA DE PEQUENA CIRURGIA                                     | 1                 | 0                   |
| SALA DE REPOUSO/OBSERVACAO - 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   |
| NECROTERIO                                            | 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

Ambulatorial

Hospitalar

| Código | Serviço                                                     | Característica | SUS | Não SUS | SUS | Não SUS |
|--------|-------------------------------------------------------------|----------------|-----|---------|-----|---------|
| 130    | ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA                              | PROPRIO        | SIM | SIM     | SIM | SIM     |
| 169    | ATENCAO EM UROLOGIA                                         | PROPRIO        | SIM | SIM     | SIM | SIM     |
| 114    | ATENCAO ESPECIALIZADA A SAUDE BUCAL                         | PROPRIO        | SIM | NÃO     | SIM | NÃO     |
| 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     |
| 116    | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA             | PROPRIO        | SIM | NÃO     | SIM | NÃO     |
| 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     |
| 120    | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO | TERCEIRIZADO   | SIM | SIM     | SIM | SIM     |
| 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 | NÃO     | 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 |
| 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 VIDEOLAPAROSCOPIA                    | 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                                  | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 116 - 008 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA     | ANGIOLOGIA                                                   | 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 |
| 114 - 006 | ATENCAO ESPECIALIZADA A SAUDE BUCAL                 | CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL                                    | 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 |
| 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 | 9231919       |
| 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 MICROBIOLOGICOS                                       | 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 ORTOPEDIA             | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA                        | NÃO | NAO INFORMADO |
| 155 - 003 | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA             | SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA 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 |
|----------------------------|-----------|--------|-----|
| 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 |

|                                        |     |     |     |
|----------------------------------------|-----|-----|-----|
| DIALISE                                |     |     |     |
| APARELHO DE HEMODIALISE - AMBULATORIAL | 27  | 23  | SIM |
| APARELHO DE HEMODIALISE - HOSPITALAR   | 4   | 4   | SIM |
| APARELHO DE HEMODIALISE RESERVA        | 13  | 3   | SIM |
| EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA        |     |     |     |
| Grupo Gerador                          | 1   | 1   | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS      |     |     |     |
| Eletrocardiografo                      | 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   | 1   | SIM |
| Microscopia Cirurgico                  | 1   | 1   | SIM |
| MANUTENCAO DA VIDA                     |     |     |     |
| Berço Aquecido                         | 2   | 2   | SIM |
| Bomba de Infusao                       | 273 | 270 | SIM |
| DESFIBRILADOR CONVENCIONAL             | 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 | 105 | 97  | SIM |
| Reanimador Pulmonar/AMBU        | 80  | 80  | SIM |
| Respirador/Ventilador           | 79  | 72  | SIM |
| ODONTOLOGIA                     |     |     |     |
| CADEIRA ODONTOLOGICA COMPLETA   | 1   | 1   | SIM |

Resíduos/Rejeitos

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

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

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-A TIPO II      | 43                | 29         |
| ESPEC - CIRURGICO  |                   |            |
| CIRURGIA GERAL     | 24                | 21         |
| NEFROLOGIAUROLOGIA | 8                 | 5          |

| Descrição              | Leitos Existentes | Leitos SUS |
|------------------------|-------------------|------------|
| NEUROCIRURGIA          | 5                 | 3          |
| ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA | 77                | 75         |
| ESPEC - CLINICO        |                   |            |
| CLINICA GERAL          | 42                | 40         |
| 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   | UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO - UTI-A TIPO II                 | 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          |                    |                     |
| 3801   | PROGRAMA MAIS ACESSO A ESPECIALISTAS                                | LOCAL    | 10/2025             | 12/2026           | CIB 004/2025  | 18/11/2025    | 0          | 28/08/2026         | 07/09/2026          |

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          |
| 8273   | UTI ADULTO RUE TIPO II - NOVOS                                                 | 06/2016             | 99/9999           | 474/SAES/MS   | 22/04/2021    | 10         | 10/06/2021          |
| 8274   | UTI ADULTO RUE TIPO II - QUALIFICADOS                                          | 06/2016             | 99/9999           | 474/SAES/MS   | 22/04/2021    | 13         | 10/06/2021          |

Data desativação: --                      Motivo desativação: --

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

**HEBER DE SOUZA LAUAR**  
SUBSECRETARIO ESTADO  
SSEC - SESA - GOVES  
assinado em 30/09/2026 18:18:51 -03:00

**MARIA DA PENHA RODRIGUES D AVILA**  
CIDADÃO  
assinado em 30/09/2026 18:17:13 -03:00



**INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO**

Documento capturado em 30/09/2026 18:18:51 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)  
por ADILSON PAZITO SERRA (CONTADOR - DT - NECORC - SESA - GOVES)  
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2026-C5L8N9>