



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 005/2022**

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-80FVZ

15º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 005/2022, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE ESPÍRITO SANTO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E **SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAÇUÍ**, VISANDO O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (SUS/ES).

O **ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, doravante denominado **CONCEDENTE**, órgão da Administração Direta do Poder Executivo, inscrita no CNPJ: **27.080.605/0001-96**, com sede na rua Engenheiro Guilherme José Monjardim Varejão, nº 255, Ed. Enseada Plaza, Enseada do Suá, Vitória - ES, CEP: 29050-360, no uso de suas atribuições de gestora do **FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FES**, inscrita no CNPJ: 06.893.466/0001-40, representada neste ato pelo Subsecretário de Estado de Contratação em Saúde, **ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**, Brasileiro, Divorciado, Servidor Público Estadual, CPF: 926.326.297-72, nomeado pelo Decreto nº 364-S, de 10/02/2023 e, do outro lado a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÇUÍ**, caracterizado como hospital filantrópico, inscrita no CNPJ sob nº. 27.686.179/0001-39, situada à Rua Nilton Gomes de Figueiredo, 07, Quincas Machado, Guaçuí– ES, doravante denominado(a) **CONVENIENTE**, neste ato representado por seu Representante Legal o **Sr. VANDIR DIAS DE FREITAS**, inscrito no CPF: 376.896.147-87, residente e domiciliado à Rua Hildebrando M. de Carvalho, s/n– Centro – Guaçuí – ES, CEP: 29560-000 resolvem celebrar o presente 15º 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



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

junho de 1993, na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, Portaria MS/GM nº 3.410, de 30/12/2013 e Portarias de Consolidação nº 1, nº 2, nº 3 e nº 5, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria Estadual 076-R, de 19 de maio de 2022 Portaria Estadual 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 Orçamentária Anual - Nº 11.867 - 20.07.23; Lei Orçamentária Anual- LOA Nº 12.024 - 29.12.23 e demais normas e legislação específica mediante as Cláusulas e condições que se seguem:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

**1.1** - O presente Termo Aditivo ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO que tem por objeto: **(a)** Incorporação de Recursos Financeiros das Portarias **GM/MS Nº 3.416** -PISO DA ENFERMAGEM-PARCELA MARÇO 2024, Portaria **GM/MS Nº 2648** DE 22/12/23-RESOLUÇÃO **CIB 034/2024**, Portaria **GM/MS Nº 2110** DE 01/12/23 -RESOLUÇÃO **CIB 034/2024**, Portaria **Nº 1750 DE 08/11/23-RESOLUÇÃO CIB 054/2024** ; **(b)** Acréscimo financeiro de **R\$ 881.897,99** (oitocentos e oitenta e um mil, oitocentos e noventa e sete reais e noventa e nove 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\$ 69.371.117,98** (sessenta e nove milhões, trezentos e setenta e um mil, cento e dezessete reais e noventa e oito centavos).

**6.1.1** - O Recurso Financeiro aplicado ao Convênio de contratualização inicial foi de **R\$ 30.895.702,97** (trinta milhões oitocentos e noventa e cinco mil setecentos e dois reais e noventa e sete centavos).



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

- 6.1.2** - O Recurso Financeiro aplicado ao **1º Termo Aditivo foi de R\$ 474.131,29** (quatrocentos e setenta e quatro mil e cento e trinta e um reais e vinte e nove centavos).
- 6.1.3** - O Recurso Financeiro aplicado ao **2º Termo Aditivo foi de R\$ 1.499.780,00** (um milhão e quatrocentos e noventa e nove mil e setecentos e oitenta reais).
- 6.1.4** - O Recurso Financeiro aplicado ao **3º Termo Aditivo foi de R\$ 851.308,93** (oitocentos e cinquenta e um mil e trezentos e oito reais e noventa e três centavos).
- 6.1.5** - O Recurso Financeiro aplicado ao **4º Termo Aditivo foi de R\$ 2.574.641,91** (dois milhões e quinhentos e setenta e quatro mil e seiscentos e quarenta e um reais e noventa e um centavos).
- 6.1.6** - O Recurso Financeiro aplicado ao **5º Termo Aditivo foi de R\$ 7.830.841,77** (sete milhões e oitocentos e trinta mil e oitocentos e quarenta e um reais e setenta e sete centavos).
- 6.1.7** - O Recurso Financeiro aplicado ao **6º Termo Aditivo foi de R\$ 1.504.138,24** (um milhão e quinhentos e quatro mil e cento e trinta e oito reais e vinte e quatro centavos).
- 6.1.8** - O Recurso Financeiro aplicado ao **7º Termo Aditivo foi de R\$ 414.209,24** (quatrocentos e quatorze mil e duzentos e nove reais e vinte e quatro centavos).
- 6.1.9** - O Recurso Financeiro aplicado ao **8º Termo Aditivo foi de R\$ 5.283.110,82** (cinco milhões e duzentos e oitenta e três mil e cento e dez reais e oitenta e dois centavos).
- 6.1.10** - O Recurso Financeiro aplicado ao **9º Termo Aditivo foi de R\$ 10.934.612,64** (dez milhões, novecentos e trinta e quatro mil, seiscentos e doze reais e sessenta e quatro centavos).
- 6.1.11** - O Recurso Financeiro aplicado ao **10º Termo Aditivo foi de R\$ 305.815,77** (trezentos e cinco mil, oitocentos e quinze reais e setenta e sete centavos).
- 6.1.12** - O Recurso Financeiro aplicado ao **11º Termo Aditivo foi de R\$ 141.507,24** (cento e quarenta e um mil e quinhentos e sete reais e vinte e quatro centavos).
- 6.1.13** - O Recurso Financeiro aplicado ao **12º Termo Aditivo será de R\$ 140.720,64** (cento e quarenta mil, setecentos e vinte reais e sessenta e quatro centavos).
- 6.1.13** - O Recurso Financeiro aplicado ao **13º Termo Aditivo foi de R\$ 146.464,40** (cento e quarenta e seis mil, quatrocentos e sessenta e quatro reais e quarenta centavos).
- 6.1.14** - O Recurso Financeiro aplicado ao **14º Termo Aditivo foi de R\$ 5.492.234,13** (cinco milhões e quatrocentos e noventa e dois mil e duzentos e trinta e quatro reais e treze centavos).



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

**6.1.15** - O Recurso Financeiro aplicado ao **15º Termo Aditivo** será de **R\$ 881.897,99** (oitocentos e oitenta e um mil, oitocentos e noventa e sete reais e noventa e nove centavos)

**6.2** - O detalhamento do repasse se dará da seguinte forma:

**6.2.1** - Para a execução do **15º Termo Aditivo** ao convênio de contratualização, a CONVENIENTE receberá recursos financeiros de **R\$ 6.228.260,01** (seis milhões, duzentos e vinte e oito mil, duzentos e sessenta reais e um centavo), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.

**6.2.2-** A parcela pré-fixada importa em **R\$ 5.206.538,33** (cinco milhões, duzentos e seis mil, quinhentos e trinta e oito reais e trinta e três centavos), será transferida à CONVENIENTE 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\$ 3.988.647,15** (três milhões, novecentos e oitenta e oito mil, seiscentos e quarenta e sete reais e quinze centavos), e será transferida à CONVENIENTE no mês de abril de 2024 o valor de **R\$ 2.435.272,57** (dois milhões, quatrocentos e trinta e cinco mil, duzentos e setenta e dois reais e cinquenta e sete centavos ) com Incorporação de Recurso Financeiro referente as Portarias do objeto (a) e no mês de maio de 2024 o valor mensal de **R\$ 1.553.374,58** ( um milhão, quinhentos e cinquenta e três mil, trezentos e setenta e quatro reais e cinquenta e oito centavos) fixo e repassado mensalmente.

**6.2.4-** Trinta por cento (30%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 1.217.891,18** um milhão, duzentos e dezessete mil, oitocentos e noventa e um reais e dezoito centavos) e será transferida à CONVENIENTE em parcelas mensais), sendo 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.



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

**6.2.7** - O componente pós-fixado, que corresponde aos Procedimentos Ambulatoriais de Exames, Consultas, Terapias, Procedimentos, APAC's, OPME's de Alta Complexidade e Cirurgias Eletivas Extras será repassado ao HOSPITAL, à posteriori, (pós-produção, aprovação, processamento), de acordo com a produção mensal aprovada pela SESA, respeitado o limite do Termo Aditivo do convênio contratualização para esses serviços e, conforme programação disposta no Documento Descritivo.

**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.

**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.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

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

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL                                                                                                                                    |                |                |                |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| PRÉ-FIXADO 70%                                                                                                                                                             | MENSAL         | ABRIL DE 2024  | MAIO DE 2024   | TOTAL            |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                                                                                             | R\$ 788.395,73 | R\$ 788.395,73 | R\$ 788.395,73 | R\$ 1.576.791,47 |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>                                                                                                           | R\$ 281.002,40 | R\$ 281.002,40 | R\$ 281.002,40 | R\$ 562.004,80   |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>                                                                                              | R\$ 351.474,91 | R\$ 351.474,91 | R\$ 351.474,91 | R\$ 702.949,83   |
| Incentivo Federal - IAC - <b>Recurso Federal</b>                                                                                                                           | R\$ 91.223,46  | R\$ 91.223,46  | R\$ 91.223,46  | R\$ 182.446,92   |
| Incentivo Federal - INTEGRASUS - <b>Recurso Federal</b>                                                                                                                    | R\$ 6.097,91   | R\$ 6.097,91   | R\$ 6.097,91   | R\$ 12.195,82    |
| Incentivo Federal - Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências da Região Central (PORTARIA GM/MS Nº 2.621, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2023) - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 35.180,16  | R\$ 35.180,16  | R\$ 35.180,16  | R\$ 70.360,32    |
| PORTARIA GM/MS Nº 2648 DE 22/12/23-RESOLUÇÃO CIB 034/2024-Recurso Federal                                                                                                  |                | R\$ 200.000,00 |                | R\$ 200.000,00   |
| PORTARIA GM/MS Nº 2110 DE 01/12/23 -RESOLUÇÃO CIB 034/2024-Recurso Federal                                                                                                 |                | R\$ 374.327,00 |                | R\$ 374.327,00   |
| PORTARIA Nº 1750 DE 08/11/23-RESOLUÇÃO CIB 054/2024Recurso Federal                                                                                                         |                | R\$ 162.920,00 |                | R\$ 162.920,00   |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

|                                                                                |                  |                  |                  |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| PORTARIA GM-MS Nº 3.416 -PISO DA ENFERMAGEM-PARCELA MARÇO 2024-RECURSO FEDERAL |                  | R\$ 144.650,99   |                  | R\$ 144.650,99   |
| SUBTOTAL - Recurso Estadual                                                    | R\$ 1.069.398,13 | R\$ 1.069.398,13 | R\$ 1.069.398,13 | R\$ 2.138.796,27 |
| SUBTOTAL - Recurso Federal                                                     | R\$ 483.976,44   | R\$ 1.365.874,43 | R\$ 483.976,44   | R\$ 1.849.850,88 |
| TOTAL RECURSO ESTADUAL + FEDERAL                                               | R\$ 1.553.374,58 | R\$ 2.435.272,57 | R\$ 1.553.374,58 | R\$ 3.988.647,15 |
| PRÉ-FIXADO 30%                                                                 | MENSAL           | ABRIL DE 2024    | MAIO DE 2024     | TOTAL            |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual        | R\$ 337.883,89   | R\$ 337.883,89   | R\$ 337.883,89   | R\$ 675.767,77   |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- Recurso Estadual                      | R\$ 120.429,60   | R\$ 120.429,60   | R\$ 120.429,60   | R\$ 240.859,20   |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal         | R\$ 150.632,11   | R\$ 150.632,11   | R\$ 150.632,11   | R\$ 301.264,21   |
| SUBTOTAL - Recurso Estadual                                                    | R\$ 458.313,49   | R\$ 458.313,49   | R\$ 458.313,49   | R\$ 916.626,97   |
| SUBTOTAL - Recurso Federal                                                     | R\$ 150.632,11   | R\$ 150.632,11   | R\$ 150.632,11   | R\$ 301.264,21   |
| TOTAL RECURSO ESTADUAL + FEDERAL                                               | R\$ 608.945,59   | R\$ 608.945,59   | R\$ 608.945,59   | R\$ 1.217.891,18 |
| TOTAL PRÉ-FIXADO ESTADUAL                                                      | R\$ 1.527.711,62 | R\$ 1.527.711,62 | R\$ 1.527.711,62 | R\$ 3.055.423,24 |
| TOTAL PRÉ-FIXADO FEDERAL                                                       | R\$ 634.608,55   | R\$ 1.516.506,54 | R\$ 634.608,55   | R\$ 2.151.115,09 |
| TOTAL PRÉ-FIXADO ESTADUAL + FEDERAL                                            | R\$ 2.162.320,17 | R\$ 3.044.218,16 | R\$ 2.162.320,17 | R\$ 5.206.538,33 |
|                                                                                |                  |                  |                  |                  |
| COMPONENTE PÓS-FIXADO                                                          | MENSAL           | ABRIL DE 2024    | MAIO DE 2024     | TOTAL            |
| Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Recurso Federal                   | R\$ 131.683,18   | R\$ 131.683,18   | R\$ 131.683,18   | R\$ 263.366,36   |
| FAEC Hospitalar- Recurso Federal                                               | R\$ 3.078,03     | R\$ 3.078,03     | R\$ 3.078,03     | R\$ 6.156,06     |
| FAEC – TRS- Recurso Federal                                                    | R\$ 335.271,75   | R\$ 335.271,75   | R\$ 335.271,75   | R\$ 670.543,50   |
| CONSULTAS (Complementação) - Recurso Estadual                                  | R\$ 9.200,00     | R\$ 9.200,00     | R\$ 9.200,00     | R\$ 18.400,00    |
| EXAMES (Complementação) - Recurso Estadual                                     | R\$ 31.627,88    | R\$ 31.627,88    | R\$ 31.627,88    | R\$ 63.255,76    |
| TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL                                                      | R\$ 40.827,88    | R\$ 40.827,88    | R\$ 40.827,88    | R\$ 81.655,76    |
| TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL                                                       | R\$ 470.032,96   | R\$ 470.032,96   | R\$ 470.032,96   | R\$ 940.065,92   |
| TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL + FEDERAL                                            | R\$ 510.860,84   | R\$ 510.860,84   | R\$ 510.860,84   | R\$ 1.021.721,68 |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

|                   |                  |                  |                  |                  |
|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| TOTAL ESTADUAL    | R\$ 1.568.539,50 | R\$ 1.568.539,50 | R\$ 1.568.539,50 | R\$ 3.137.079,00 |
| TOTAL FEDERAL     | R\$ 1.104.641,51 | R\$ 1.986.539,50 | R\$ 1.104.641,51 | R\$ 3.091.181,01 |
| TOTAL DO CONVÊNIO | R\$ 2.673.181,01 | R\$ 3.555.079,00 | R\$ 2.673.181,01 | R\$ 6.228.260,01 |
| TOTAL DO ADITIVO  |                  |                  |                  | R\$ 881.897,99   |

**CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES**

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

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

Vitória/ES, 16 de abril de 2024

**CONCEDENTE:**

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

\_\_\_\_\_  
VANDIR DIAS DE FREITAS  
Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí

**TESTEMUNHAS:**

1ª) \_\_\_\_\_  
CPF:

2ª) \_\_\_\_\_  
CPF:



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

## DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **15º Termo Aditivo ao Convênio nº. 005/2022** 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 **15º Termo Aditivo ao Convênio nº. 005/2022** correrá à conta do orçamento do Fundo Estadual de Saúde da CONCEDENTE conforme especificado abaixo:

Programa de Trabalho: 10.302.0061.2325- Contratação de Serviços de Saúde Complementar e/ou 10.122. 0061. 2070 - ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE

UG: 440901

Gestão: 44901

Natureza de Despesa: 3.3.50.43.00

Fonte de Recursos: 1500100200 e/ou 1600000000 e/ou 2659000011 e/ou 1605000000 e/ou 1659000011 e/ou 1659000013 e/ou 1659000015 e/ou 2600311000 e/ou 2600312000 e/ou 1600312000 e/ou 2600000000 e/ou 2605000000 e/ou 2500100201 e/ou 1600311000.

Vitória/ES, 16 de abril de 2024.

**ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**

**Subsecretário de Estado de Contratação em Saúde**

**ANEXO I**

**DOCUMENTO DESCRITIVO - DODE  
HOSPITAL**

13º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 005/2022  
PROCESSO E-DOCS: 2022- 80FVZ  
PERÍODO DE EXECUÇÃO – 04/2024 a 31/05/2024

**ESTRUTURA ADMINISTRATIVA:**

**PROVEDOR:** VANDIR DIAS DE FREITAS

**VICE-PROVEDOR:** FRANCISCO CARLOS RANGEL PEREIRA

**SUPERVISOR HOSPITALAR:** DENIS VAZ DA SILVA FERREIRA

**DIRETOR TÉCNICO/ DIRETOR CLÍNICO:** DR. ALBERICO JOSÉ BENICA/ DR.  
GLBERTO BARRORO RIBEIRO

**SUMÁRIO**

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| I – IDENTIFICAÇÃO.....                                                       | 03 |
| II – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL.....                                   | 04 |
| III – CNES .....                                                             | 04 |
| IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS .....                                              | 05 |
| V – PERFIL ASSISTENCIAL.....                                                 | 06 |
| VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS .....                             | 07 |
| VII – ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS .....                                  | 08 |
| VIII – METAS ASSISTENCIAIS .....                                             | 08 |
| IX – DETALHAMENTO DAS METAS DISPONIBILIZADAS PARA O COMPLEXO REGULADOR ..... | 09 |
| X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO.....                                      | 10 |
| XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS.                        | 15 |
| APROVAÇÃO .....                                                              | 16 |
| ANEXOS .....                                                                 | 17 |

**I - IDENTIFICAÇÃO**

|                                      |                        |                                                                             |                 |            |
|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
| <b>Conveniente</b>                   |                        |                                                                             | <b>CNPJ</b>     |            |
| SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÇUÍ |                        |                                                                             | 276861790001/39 |            |
| <b>Endereço</b>                      |                        | <b>Município</b>                                                            | <b>UF</b>       | <b>CEP</b> |
| RUA DR. NILTON GOMES FIGUEIREDO      |                        | GUAÇUÍ                                                                      | ES              | 29560-000  |
| <b>Macrorregião</b>                  | <b>Microrregião</b>    | <b>SRS</b>                                                                  | <b>CNES</b>     |            |
| CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM              | GUAÇUÍ                 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM                                                     | 2447029         |            |
| <b>Telefone</b>                      | <b>Fax</b>             | <b>E-mail</b>                                                               |                 |            |
| (28) 3553-0492                       |                        | denis_vaz@hotmail.com<br>alline_borges@hotmail.com<br>jmaguacui@hotmail.com |                 |            |
| <b>Nome do Responsável</b>           |                        |                                                                             |                 |            |
| GILSON JOAQUIM CAETANO               |                        |                                                                             |                 |            |
| <b>CPF</b>                           | <b>Função</b>          | <b>Período de execução</b>                                                  |                 |            |
| 069.165.637-10                       | PROVEDOR               |                                                                             |                 |            |
| <b>CI</b>                            | <b>Órgão expedidor</b> | 01/04/2024 a 31/05/2024                                                     |                 |            |
| 933.073                              | SSP ES                 |                                                                             |                 |            |
| <b>Banco</b>                         | <b>Agência</b>         | <b>Conta Corrente</b>                                                       | <b>Praça</b>    |            |
| Banestes                             | 121                    | 34.458.059                                                                  | Guaçuí          |            |
| <b>BANCO P/ PISO ENFER</b>           | <b>Agência</b>         | <b>Conta Corrente</b>                                                       | <b>Praça</b>    |            |
| Banestes                             | 121                    | 3742880-2                                                                   | GUACUI          |            |

|                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Missão</b>                                                                                                                                                                                                                           |
| Cuidar da VIDA por meio de uma assistência médica e hospitalar segura, humanizada, com compromisso ético e moral. Proporcionar cuidado humanizado e de excelência em saúde, com foco na vida e no acolhimento com qualidade             |
| <b>Visão</b>                                                                                                                                                                                                                            |
| Ser Hospital de referência regional do Caparaó capixaba, com excelência no atendimento, comprometido com qualidade e inserção comunitária.                                                                                              |
| <b>Valores</b>                                                                                                                                                                                                                          |
| Humanização, Misericórdia, Segurança do paciente, 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>                                                                                                              |
| Na perspectiva de compor o perfil dos pacientes usuários dos hospitais filantrópicos através do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Espírito Santo, atendendo exclusivamente o SUS, estamos recebendo pacientes de todo o Estado. |
| <b>Área de Abrangência</b>                                                                                                                                                                                                              |
| CAPARAÓ: Dorcas do Rio Preto, Divino de São Lourenço, Ibitirama, Iúna, Irupi, Ibatiba, Guaçuí, São José do Calçado, Bom Jesus do Norte, Apiacá, Alegre, Muniz Freire.                                                                   |

## II - CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

|                                                   |                                                                                                                                                                                                              |         |  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| <b>Tipo de Estabelecimento</b>                    | <input checked="" type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Especializado                                                                                                                             |         |  |
| <b>Natureza</b>                                   | <input type="checkbox"/> Público <input checked="" type="checkbox"/> Filantrópico <input type="checkbox"/> Privado                                                                                           |         |  |
| <b>Número de Leitos - CNES</b>                    | Geral: 90                                                                                                                                                                                                    | SUS: 77 |  |
| <b>Número de Leitos Complementar (UTI) - CNES</b> | Geral                                                                                                                                                                                                        | SUS:    |  |
| <b>Tipo de Leitos de UTI SUS</b>                  | <input checked="" type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Pediátrico <input type="checkbox"/> Neonatal <input type="checkbox"/> UCO<br><input type="checkbox"/> Isolamento                         |         |  |
| <b>Serviço de Urgência e Emergência</b>           | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Porta Aberta –<br>05 Leitos de sala vermelha <input checked="" type="checkbox"/> Referenciado       |         |  |
| <b>Serviço de Maternidade</b>                     | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Se sim habilitado-GAR<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                   |         |  |
| <b>Habilitação em Alta Complexidade</b>           | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Quais: UTI, TRS                                                                                                                      |         |  |
| <b>Inserção nas Redes de Atenção à Saúde</b>      | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Se sim, quais:<br>REDE CEGONHA – RISCO HABITUAL                                                                                      |         |  |
| <b>Classificação do Porte Hospitalar</b>          | <input type="checkbox"/> Estruturante<br><input type="checkbox"/> Estratégico<br><input checked="" type="checkbox"/> Apoio e/ou Maternidade<br><input type="checkbox"/> Apoio – Potencial Cirurgias Eletivas |         |  |

## 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 D**.

#### **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 padronizados na Tabela SUS.

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

**VII– ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS**

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

**VIII – METAS ASSISTENCIAIS**

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

**8.1 – Internação (Âmbito Hospitalar)**

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

| TIPO DE LEITO                             | Nº LEITOS |
|-------------------------------------------|-----------|
| Clínica Médica – Enfermaria Adulto        | 22        |
| Clínica Cirúrgica - Enfermaria            | 5         |
| Clínica Cirúrgica Ortopédica – Enfermaria | 16        |
| UTI Adulto                                | 20        |
| U/E Sala Vermelha                         | 05        |
| <b>TOTAL</b>                              | <b>68</b> |

**8.1.1. Maternidade**

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

| TIPO DE LEITO                                      | Nº LEITOS |
|----------------------------------------------------|-----------|
| Clínica Obstétrica – Maternidade de Risco Habitual | <b>14</b> |

## 8.2 - Atendimento à Urgências

### 8.2.1 Sala Vermelha

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

| TIPO DE LEITO     | Nº LEITOS |
|-------------------|-----------|
| U/E Sala Vermelha | 05        |

## 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, conseqüentemente, 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**

| Item Agendamento                                   | Oferta Mensal Contratual (Quantidade) |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| CONSULTA EM CIRURGIA GERAL MEDIA COMPLEXIDADE      | 40                                    |
| CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ADULTO           | 48                                    |
| CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA/LAQUEADURA       | 12                                    |
| CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA JOELHO ADULTO       | 20                                    |
| CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA MAO GERAL           | 8                                     |
| CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA MEDIA COMPLEXIDADE  | 244                                   |
| CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA OMBRO ADULTO        | 12                                    |
| CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA PE TORNOZELO ADULTO | 16                                    |
| RISCO CIRURGICO                                    | 60                                    |
| TOTAL                                              | 460                                   |

\* O valor unitário corresponde ao estabelecido através da Portaria SESA 083-R de 01/10/2019.

É obrigação da entidade conveniada a disponibilização de plataformas de telemedicina e telediagnóstico próprias, assim como, a disponibilização ao usuário, por meio de acesso on-line, aos resultados de exames realizados pela mesma.

**9.2 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO**

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

| TIPO DE EXAME                          | QUANTIDADE MÊS |
|----------------------------------------|----------------|
| Diagnóstico em laboratório clínico     | 5517           |
| Diagnóstico por radiologia             | 1455           |
| Diagnóstico por ultrassonografia       | 203            |
| Métodos diagnósticos em especialidades | 100            |
| Diagnóstico por Tomografia             | 190            |
| Diagnóstico por RM                     | 150            |

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

**X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO**

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

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

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

**10.1 - CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS METAS**

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

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

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

## 10.2 Score de Indicadores de Qualidade e Desempenho Hospitalar

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

| DESCRICAO                                                                  | META                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SCORE MÁXIMO |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS</b>                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>5,0</b>   |
| 1.1. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)                | <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>Hospitais Estruturantes:</b><br/>           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>Hospitais Estratégicos:</b><br/>           Certificação ONA 1 em 18 meses</p> <p><b>Hospitais de Apoio:</b><br/>           Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses.<br/>           Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma</p> | 5,0          |
| <b>2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS</b>                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>5,0</b>   |
| 2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial | <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.<br/>           É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 5,0          |
| <b>3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>15,0</b>  |
| 3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar   | <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> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 10,0         |

|                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <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> |             |
| 3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente                                                                           | <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>                                                                                                          | 5,0         |
| <b>4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO</b>                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>5,0</b>  |
| 4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada prioritariamente pela metodologia do NPS ( <i>Net Promoter Score</i> ). | <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>35,0</b> |
| 5.1. Acesso Hospitalar                                                                                                    | <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         |
| 5.2. Tempo de Regulação                                                                                                   | Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 5,0         |
| 5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado                                                                             | <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        |

|                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada                                                                        | 100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas e inseridas para visualização e controle no sistema de regulação.                                                                                                                                                      | 5,0         |
| 5.5 . Acesso aos Exames Especializada                                                                                     | 100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas e inseridos para visualização e controle no sistema de regulação.                                                                                                                                                        | 5,0         |
| 5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas                                                                                   | <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> |
| 6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência.                                                 | - Alcançar e manter, em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de <b>50%</b> do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência).                                    | 15,0        |
| 6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação.                                                 | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação.                                                                                                          | 5,0         |
| 6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas.                                         | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas.                                                                                                  | 5,0         |
| <b>7. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>10,0</b> |
| 7.1. Proporção de gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha durante a internação para realização do parto | Assegurar a $\geq 95\%$ das gestantes a presença do acompanhante de livre escolha.                                                                                                                                                                                                       | 2,0         |

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

## XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

### COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL

| PRÉ-FIXADO 70%                                                                                                                                                              | MENSAL         | ABRIL DE 2024  | MAIO DE 2024   | TOTAL            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                                                                                              | R\$ 788.395,73 | R\$ 788.395,73 | R\$ 788.395,73 | R\$ 1.576.791,47 |
| LEITOS - Sala Vermelha - Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>                                                                                                            | R\$ 281.002,40 | R\$ 281.002,40 | R\$ 281.002,40 | R\$ 562.004,80   |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>                                                                                               | R\$ 351.474,91 | R\$ 351.474,91 | R\$ 351.474,91 | R\$ 702.949,83   |
| Incentivo Federal - IAC - <b>Recurso Federal</b>                                                                                                                            | R\$ 91.223,46  | R\$ 91.223,46  | R\$ 91.223,46  | R\$ 182.446,92   |
| Incentivo Federal - INTEGRASUS - <b>Recurso Federal</b>                                                                                                                     | R\$ 6.097,91   | R\$ 6.097,91   | R\$ 6.097,91   | R\$ 12.195,82    |
| Incentivo Federal - Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências da Região Central ( PORTARIA GM/MS Nº 2.621, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2023) - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 35.180,16  | R\$ 35.180,16  | R\$ 35.180,16  | R\$ 70.360,32    |
| PORTARIA GM/MS Nº 2648 DE 22/12/23-RESOLUÇÃO CIB                                                                                                                            |                | R\$ 200.000,00 |                | R\$ 200.000,00   |

|                                                                                 |                         |                         |                         |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 034/2024-Recurso Federal                                                        |                         |                         |                         |                         |
| PORTARIA GM/MS Nº 2110 DE 01/12/23 -RESOLUÇÃO CIB 034/2024-Recurso Federal      |                         | R\$ 374.327,00          |                         | R\$ 374.327,00          |
| PORTARIA Nº 1750 DE 08/11/23 -RESOLUÇÃO CIB 054/2024-Recurso Federal            |                         | R\$ 162.920,00          |                         | R\$ 162.920,00          |
| PORTARIA GM-MS Nº 3.416 - PISO DA ENFERMAGEM-PARCELA MARÇO 2024-RECURSO FEDERAL |                         | R\$ 144.650,99          |                         | R\$ 144.650,99          |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>                                              | <b>R\$ 1.069.398,13</b> | <b>R\$ 1.069.398,13</b> | <b>R\$ 1.069.398,13</b> | <b>R\$ 2.138.796,27</b> |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>                                               | <b>R\$ 483.976,44</b>   | <b>R\$ 1.365.874,43</b> | <b>R\$ 483.976,44</b>   | <b>R\$ 1.849.850,88</b> |
| <b>TOTAL RECURSO ESTADUAL + FEDERAL</b>                                         | <b>R\$ 1.553.374,58</b> | <b>R\$ 2.435.272,57</b> | <b>R\$ 1.553.374,58</b> | <b>R\$ 3.988.647,15</b> |
| <b>PRÉ-FIXADO 30%</b>                                                           | <b>MENSAL</b>           | <b>ABRIL DE 2024</b>    | <b>MAIO DE 2024</b>     | <b>TOTAL</b>            |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>  | R\$ 337.883,89          | R\$ 337.883,89          | R\$ 337.883,89          | R\$ 675.767,77          |
| LEITOS - Sala Vermelha - Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>                | R\$ 120.429,60          | R\$ 120.429,60          | R\$ 120.429,60          | R\$ 240.859,20          |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>   | R\$ 150.632,11          | R\$ 150.632,11          | R\$ 150.632,11          | R\$ 301.264,21          |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>                                              | <b>R\$ 458.313,49</b>   | <b>R\$ 458.313,49</b>   | <b>R\$ 458.313,49</b>   | <b>R\$ 916.626,97</b>   |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>                                               | <b>R\$ 150.632,11</b>   | <b>R\$ 150.632,11</b>   | <b>R\$ 150.632,11</b>   | <b>R\$ 301.264,21</b>   |
| <b>TOTAL RECURSO ESTADUAL + FEDERAL</b>                                         | <b>R\$ 608.945,59</b>   | <b>R\$ 608.945,59</b>   | <b>R\$ 608.945,59</b>   | <b>R\$ 1.217.891,18</b> |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL</b>                                              | <b>R\$ 1.527.711,62</b> | <b>R\$ 1.527.711,62</b> | <b>R\$ 1.527.711,62</b> | <b>R\$ 3.055.423,24</b> |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL</b>                                               | <b>R\$ 634.608,55</b>   | <b>R\$ 1.516.506,54</b> | <b>R\$ 634.608,55</b>   | <b>R\$ 2.151.115,09</b> |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>                                    | <b>R\$ 2.162.320,17</b> | <b>R\$ 3.044.218,16</b> | <b>R\$ 2.162.320,17</b> | <b>R\$ 5.206.538,33</b> |
|                                                                                 |                         |                         |                         |                         |
| <b>COMPONENTE PÓS-FIXADO</b>                                                    | <b>MENSAL</b>           | <b>ABRIL DE 2024</b>    | <b>MAIO DE 2024</b>     | <b>TOTAL</b>            |
| Procedimentos de Média e Alta Complexidade - <b>Recurso Federal</b>             | R\$ 131.683,18          | R\$ 131.683,18          | R\$ 131.683,18          | R\$ 263.366,36          |

|                                                         |                         |                         |                         |                         |
|---------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| FAEC Hospitalar-<br><b>Recurso Federal</b>              | R\$ 3.078,03            | R\$ 3.078,03            | R\$ 3.078,03            | R\$ 6.156,06            |
| FAEC – TRS- <b>Recurso Federal</b>                      | R\$ 335.271,75          | R\$ 335.271,75          | R\$ 335.271,75          | R\$ 670.543,50          |
| CONSULTAS<br>(Complementação) - <b>Recurso Estadual</b> | R\$ 9.200,00            | R\$ 9.200,00            | R\$ 9.200,00            | R\$ 18.400,00           |
| EXAMES (Complementação) -<br><b>Recurso Estadual</b>    | R\$ 31.627,88           | R\$ 31.627,88           | R\$ 31.627,88           | R\$ 63.255,76           |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL</b>                        | <b>R\$ 40.827,88</b>    | <b>R\$ 40.827,88</b>    | <b>R\$ 40.827,88</b>    | <b>R\$ 81.655,76</b>    |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL</b>                         | <b>R\$ 470.032,96</b>   | <b>R\$ 470.032,96</b>   | <b>R\$ 470.032,96</b>   | <b>R\$ 940.065,92</b>   |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>            | <b>R\$ 510.860,84</b>   | <b>R\$ 510.860,84</b>   | <b>R\$ 510.860,84</b>   | <b>R\$ 1.021.721,68</b> |
| <b>TOTAL ESTADUAL</b>                                   | <b>R\$ 1.568.539,50</b> | <b>R\$ 1.568.539,50</b> | <b>R\$ 1.568.539,50</b> | <b>R\$ 3.137.079,00</b> |
| <b>TOTAL FEDERAL</b>                                    | <b>R\$ 1.104.641,51</b> | <b>R\$ 1.986.539,50</b> | <b>R\$ 1.104.641,51</b> | <b>R\$ 3.091.181,01</b> |
| <b>TOTAL DO CONVÊNIO</b>                                | <b>R\$ 2.673.181,01</b> | <b>R\$ 3.555.079,00</b> | <b>R\$ 2.673.181,01</b> | <b>R\$ 6.228.260,01</b> |
| <b>TOTAL DO ADITIVO</b>                                 |                         |                         |                         | <b>R\$ 881.897,99</b>   |

### APROVAÇÃO

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo **R\$ 6.228.260,01** (seis milhões, duzentos e vinte e oito mil, duzentos e sessenta reais e um centavo).

|                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Assinatura e carimbo da Concedente</b><br>Nome: <b>ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA</b><br>CPF: 926.326.297-72<br><br>_____<br>Assinatura | <b>Assinatura e carimbo da Convenente</b><br>Nome: <b>VANDIR DIAS DE FREITAS</b><br>CI: 277.890 - Órgão Expedidor: SSP - ES<br>CPF: 376.896.147-87<br><br>_____<br>Assinatura |
| Vitória/ES, 16 de abril de 2024.                                                                                                              |                                                                                                                                                                               |

## **ANEXOS**

### **ANEXO A: ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS**

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

### **ANEXO C -PLANO DE TRABALHO**

### **ANEXO D- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE – CNES**

**ANEXO A - ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS****LEITOS HOSPITALARES**

| <b>RECURSO ESTADUAL</b>                   |                         |                                  |                              |                           |
|-------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| <b>TIPO DE LEITO</b>                      | <b>Nº LEITOS MENSAL</b> | <b>QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS</b> | <b>VALOR DIÁRIA DE LEITO</b> | <b>VALOR TOTAL MENSAL</b> |
| Clínica Médica – Enfermaria Adulto        | 22                      | 601,92                           | R\$ 437,00                   | R\$ 263.039,04            |
| Clínica Cirúrgica - Enfermaria            | 5                       | 129,2                            | R\$ 489,00                   | R\$ 63.178,80             |
| Clínica Cirúrgica Ortopédica – Enfermaria | 16                      | 413,44                           | R\$ 977,00                   | R\$ 403.930,88            |
| UTI Adulto                                | 20                      | 547,2                            | R\$ 1.108,00                 | R\$ 606.297,60            |
| <b>TOTAL</b>                              | <b>63</b>               |                                  |                              | <b>R\$ 1.336.446,32</b>   |

| <b>TIPO DE LEITO</b>                               | <b>Nº LEITOS MENSAL</b> | <b>QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS</b> | <b>VALOR DIÁRIA DE LEITO</b> | <b>VALOR TOTAL MENSAL</b> |
|----------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| Clínica Obstétrica – Maternidade de Risco Habitual | 14                      | 361,76                           | R\$ 807,00                   | R\$ 291.940,32            |
| <b>TOTAL</b>                                       | <b>14</b>               |                                  |                              | <b>R\$ 291.940,32</b>     |

|                        |           |  |  |                         |
|------------------------|-----------|--|--|-------------------------|
| <b>TOTAL DE LEITOS</b> | <b>77</b> |  |  | <b>R\$ 1.628.386,64</b> |
|------------------------|-----------|--|--|-------------------------|

| <b>TIPO DE LEITO</b> | <b>Nº LEITOS MENSAL</b> | <b>QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS</b> | <b>VALOR DIÁRIA DE LEITO</b> | <b>VALOR TOTAL MENSAL</b> |
|----------------------|-------------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| U/E Sala Vermelha    | 5                       | 152                              | R\$ 2.641,00                 | R\$ 401.432,00            |
| <b>TOTAL</b>         | <b>5</b>                |                                  |                              | <b>R\$ 401.432,00</b>     |

|                              |           |  |  |                         |
|------------------------------|-----------|--|--|-------------------------|
| <b>TOTAL GERAL DE LEITOS</b> | <b>82</b> |  |  | <b>R\$ 2.029.818,64</b> |
|------------------------------|-----------|--|--|-------------------------|

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

## CONSULTAS

| RECURSO ESTADUAL                                    |                                       |                            |                                  |             |             |              |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------|-------------|--------------|
| Item Agendamento                                    | Oferta Mensal Contratual (Quantidade) | QUANTIDADE 1º VEZ (ACESSO) | QUANTIDADE AUTO GESTÃO (RETORNO) | VALOR T-SUS | VALOR COMP. | VALOR TOTAL  |
| CONSULTA EM CIRURGIA GERAL MEDIA COMPLEXIDADE       | 40                                    | 24                         | 16                               | R\$ 10,00   | R\$ 20,00   | R\$ 800,00   |
| CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ADULTO            | 48                                    | 33                         | 15                               | R\$ 10,00   | R\$ 20,00   | R\$ 960,00   |
| CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA/LAQUEADURA        | 12                                    | 7                          | 5                                | R\$ 10,00   | R\$ 20,00   | R\$ 240,00   |
| CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPIEDIA JOELHO ADULTO       | 20                                    | 20                         | 0                                | R\$ 10,00   | R\$ 20,00   | R\$ 400,00   |
| CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPIEDIA MAO GERAL           | 8                                     | 8                          | 0                                | R\$ 10,00   | R\$ 20,00   | R\$ 160,00   |
| CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPIEDIA MEDIA COMPLEXIDADE  | 244                                   | 0                          | 244                              | R\$ 10,00   | R\$ 20,00   | R\$ 4.880,00 |
| CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPIEDIA OMBRO ADULTO        | 12                                    | 12                         | 0                                | R\$ 10,00   | R\$ 20,00   | R\$ 240,00   |
| CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPIEDIA PE TORNOZELO ADULTO | 16                                    | 16                         | 0                                | R\$ 10,00   | R\$ 20,00   | R\$ 320,00   |
| RISCO CIRURGICO                                     | 60                                    | 0                          | 60                               | R\$ 10,00   | R\$ 20,00   | R\$ 1.200,00 |
|                                                     | 460                                   | 120                        | 340                              |             |             |              |
| TOTAL                                               |                                       |                            |                                  |             |             | R\$ 9.200,00 |

0

**EXAMES**

| <b>RECURSO ESTADUAL</b>                                                      |                                                      |                                 |                                   |                                        |                                       |                                                              |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Ambulatório Especializado</b>                                             | <b>Código do Procedimento / Forma Organizacional</b> | <b>Oferta Mensal Contratual</b> | <b>Quantidade 1º Vez (Acesso)</b> | <b>Quantidade autogestão (retorno)</b> | <b>Tabela Sigtap - Valor Unitário</b> | <b>Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Unitário</b> | <b>Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Total</b> |
| DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR) | 02.04.06.002-8                                       | 60                              | 60                                | 0                                      | R\$ 55,10                             | R\$ 2,23                                                     | R\$ 133,80                                                |
| GRUPO ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER                                              | 02.05.01                                             | 30                              | 0                                 | 30                                     | R\$ 39,60                             | R\$ 85,40                                                    | R\$ 2.562,00                                              |
| ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA                                                | 02.05.01.003-2                                       | 24                              | 24                                | 0                                      | R\$ 67,86                             | R\$ 57,14                                                    | R\$ 1.371,36                                              |
| COLONOSCOPIA                                                                 | 02.09.01.002-9                                       | 8                               | 8                                 | 0                                      | R\$ 112,66                            | R\$ 223,14                                                   | R\$ 1.785,12                                              |
| ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA ADULTO                                             | 02.09.01.003-7                                       | 240                             | 240                               | 0                                      | R\$ 48,16                             | R\$ 99,34                                                    | R\$ 23.841,60                                             |
| MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)                           | 02.11.02.004-4                                       | 20                              | 20                                | 0                                      | R\$ 30,00                             | R\$ 72,20                                                    | R\$ 1.444,00                                              |

|                                      |                |   |   |   |           |           |                      |
|--------------------------------------|----------------|---|---|---|-----------|-----------|----------------------|
| TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO | 02.11.02.006-0 | 8 | 8 | 0 | R\$ 30,00 | R\$ 61,25 | R\$ 490,00           |
|                                      |                |   |   |   |           |           | <b>R\$ 31.627,88</b> |

**SIA DE MEDIA**

| RECURSO FEDERAL                                     |                                         |                                                               |             |               |            |            |           |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|---------------|------------|------------|-----------|
| Grupo                                               | Subgrupo                                | Forma Organizacional                                          | MARÇO/ 2024 | Acesso 1º vez | Autogestão | Valor Unit | Valor/mês |
| <b>02 -Procedimentos com Finalidade Diagnóstica</b> | 02 - Diagnóstico em laboratório clínico | 01- Exames bioquímicos                                        | 3534        | 0             | 3534       | 3,49       | 12.333,66 |
|                                                     |                                         | 02- Exames hematológicos e hemostasia                         | 636         | 0             | 636        | 3,83       | 2.435,88  |
|                                                     |                                         | 03- Exame sorológicos e imunológicos                          | 422         | 0             | 422        | 12,58      | 5.308,76  |
|                                                     |                                         | 04 - Exames Coprológicos                                      | 45          | 0             | 45         | 1,65       | 74,25     |
|                                                     |                                         | 05- Exames de Uroanálise                                      | 368         | 0             | 368        | 4,30       | 1.582,40  |
|                                                     |                                         | 06- Exames hormonais                                          | 260         | 0             | 260        | 14,09      | 3.663,40  |
|                                                     |                                         | 07- Exames toxicológicos ou de monitorização terapêutica      | 8           | 0             | 8          | 22,72      | 181,76    |
|                                                     |                                         | 08- Exames microbiológicos                                    | 219         | 0             | 219        | 4,60       | 1.007,40  |
|                                                     |                                         | 09- Exames em outros líquidos biológicos                      | 1           | 0             | 1          | 9,70       | 9,70      |
|                                                     |                                         | 12- Exames imuno hematológicos                                | 24          | 0             | 24         | 1,44       | 34,56     |
|                                                     | 04 -Diagnóstico por radiologia          | 01 Exames Radiológicos da Cabeça e Pescoço                    | 225         | 0             | 225        | 7,35       | 1.653,75  |
|                                                     |                                         | 02 Exames radiológicos da Coluna Vertebral                    | 140         | 0             | 140        | 9,81       | 1.373,40  |
|                                                     |                                         | 03 - Exames Radiológicos do tórax e Mediastino                | 450         | 0             | 450        | 8,43       | 3.793,50  |
|                                                     |                                         | 04- Exames Radiológico Cintura Escapular e Membros Superiores | 240         | 0             | 240        | 6,88       | 1.651,20  |
|                                                     |                                         | 05 - Exames Radiológicos do Abdômen e Pelve                   | 25          | 0             | 25         | 10,74      | 268,50    |

|  |                                                           |                                                                              |                                                          |     |     |            |           |
|--|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----|-----|------------|-----------|
|  |                                                           | 06- Exames radiológicos da cintura pélvica e dos membros inferiores          | 325                                                      | 0   | 325 | 7,17       | 2.330,25  |
|  |                                                           | DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR) | 60                                                       | 60  | 0   | 55,10      | 3.306,00  |
|  | 05 - Diagnóstico por ultrassonografia                     | GRUPO ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER                                               | 30                                                       | 0   | 30  | R\$ 39,60  | 1.188,00  |
|  |                                                           | 003-2 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA                                        | 24                                                       | 24  | 0   | R\$ 67,86  | 1.628,64  |
|  | 09 - Diagnóstico por endoscopia                           | RETOSSIGMOIDOSCOPIA                                                          | 8                                                        | 8   | 0   | 23,13      | 185,04    |
|  |                                                           | 002-9 - COLONOSCOPIA                                                         | 8                                                        | 8   | 0   | R\$ 112,66 | 901,28    |
|  |                                                           | ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA ADULTO                                             | 240                                                      | 240 | 0   | R\$ 48,16  | 11.558,40 |
|  |                                                           | 02- Eletrocardiograma                                                        | 29                                                       | 0   |     | 5,15       | 149,35    |
|  |                                                           | 02 - Diagnose em cardiologia (MAPA)                                          | 5                                                        | 0   |     | 10,07      | 50,35     |
|  | 11 - Métodos diagnósticos em especialidades               | 004-4 - MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)                   | 20                                                       | 20  | 0   | 30,00      | 600,00    |
|  |                                                           | 006-0 - TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO                                 | 8                                                        | 8   | 0   | 30,00      | 240,00    |
|  | 12 - Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia | 01 - Exames do doador/receptor                                               | 4                                                        | 0   | 0   | 17,04      | 68,16     |
|  | 3 - Procedimentos Clínicos e Cirúrgicos                   | 01-Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos                                    | 01-Consultas Medicas/Outros Prof. de Nível superior/amb. | 460 | 120 | 340        | 10,00     |

|                                      |                                                            |                                                      |              |   |    |       |                  |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------|---|----|-------|------------------|
|                                      | 06- Hemoterapia                                            | 02- Medicina transfusional                           | 4            | 0 | 4  | 8,09  | 32,36            |
| <b>04 - Procedimentos Cirúrgicos</b> | 01- Pequena cirurgia e cirurgia de pele, tecido subcutâneo | 01- Pequenas cirurgias                               | 11           | 0 | 11 | 23,16 | 254,76           |
|                                      | 07- Cirurgia do Aparelho Digestivo e anexos                | 01- Esôfago, estômago e duodeno (Retirada de Pólipo) | 1            | 0 | 1  | 29,84 | 29,84            |
|                                      |                                                            | 02 - Intestinos, reto e anus                         | 1            | 0 | 1  | 13,63 | 13,63            |
|                                      | <b>TOTAL</b>                                               |                                                      | <b>7.835</b> |   |    |       | <b>62.508,18</b> |

**SIA DE ALTA**

| <b>RECURSO ESTADUAL</b>                             |                                 |                                            |                       |                           |                  |                                       |                                             |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Grupo</b>                                        | <b>Subgrupo</b>                 | <b>Forma Organizacional</b>                | <b>Quant/<br/>mês</b> | <b>Valor<br/>Unitário</b> | <b>Valor/mês</b> | <b>QUANTIDADE 1º<br/>VEZ (ACESSO)</b> | <b>QUANTIDADE AUTO<br/>GESTÃO (RETORNO)</b> |
| <b>02- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica</b> | 06 - Diagnóstico por Tomografia | 01 - Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral    | 190                   | 138,00                    | 26.220,00        | 190                                   | 0                                           |
|                                                     |                                 | 02 - Tórax e Membros Superiores            |                       |                           |                  |                                       |                                             |
|                                                     |                                 | 03 - Abdômen, Pelve e Membros Inferiores   |                       |                           |                  |                                       |                                             |
|                                                     | 07 - Diagnóstico RM             | 01 - RM Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral | 150                   | 268,00                    | 40.200,00        | 150                                   | 0                                           |
|                                                     |                                 | 02 - RM de Tórax e Membros Superiores      |                       |                           |                  |                                       |                                             |

|                                                                                                                                                    |  |                                             |            |               |                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|------------|---------------|------------------|--|
|                                                                                                                                                    |  | 03 - RM Abdômen, Pelve e Membros Inferiores |            |               |                  |  |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                       |  |                                             | <b>390</b> | <b>461,10</b> | <b>69.175,00</b> |  |
| Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. |  |                                             |            |               |                  |  |

### FAEC HOSPITALAR

| RECURSO FEDERAL                                |                                                                                      |                                                                                                                                                                  |           |                |           |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|-----------|
| Grupo                                          | Subgrupo                                                                             | Forma Organizacional                                                                                                                                             | Quant/mês | Valor Unitário | Valor/mês |
| 05 - Transplantes de órgãos, tecidos e células | 01-Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante | 0501060057- Exame complementar para diagnóstico de morte encefálica                                                                                              | 1         | 600,00         | 600,00    |
|                                                |                                                                                      | 07- Outros exames complementares p/doação, tecidos e células - 002-8 sorologia de possível doador de órgão ou tecido exceto córnea 0501070036                    | 1         | 15,00          | 15,00     |
|                                                | 02-Avaliação de morte encefálica                                                     | 01- Avaliação clínica de morte encefálica - CIHDOTT                                                                                                              | 1         | 215,00         | 215,00    |
|                                                | 03-Ações relacionadas a doação de órgãos e tecido para transplantes                  | 03- Manutenção e retirada de órgãos e tecidos para transplante - 001-5- manutenção hemodinâmica de possível doador e taxa de sala p/retirada de órgãos - CIHDOTT | 1         | 900,00         | 900,00    |

|              |                                                                                                                                                                                                                                          |          |                 |                 |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|-----------------|
|              | 04-Ações complementares destinadas a doações de órgãos, tecidos e células - 005-3 entrevista familiar p/ doação de órgãos de doadores em morte encefálica/006-1entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado | 1        | 420,00          | 420,00          |
|              | 04-Ações complementares destinadas a doações de órgãos, tecidos e células - 006-1entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado                                                                               | 1        | 420,00          | 420,00          |
|              | 04-Ações complementares destinadas a doações de órgãos, tecidos e células -004-5- diária de Unidade de Terapia Intensiva de provável doador de órgãos                                                                                    | 1        | 508,03          | 508,03          |
| <b>TOTAL</b> |                                                                                                                                                                                                                                          | <b>7</b> | <b>3.078,03</b> | <b>3.078,03</b> |

## TRS

| RECURSO FEDERAL               |                               |                                                                                                                                                      |               |                   |            |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------|------------|
| Grupo                         | Subgrupo                      | Forma Organizacional                                                                                                                                 | Quant/<br>mês | Valor<br>Unitário | Valor/mês  |
| 03 - Procedimentos Clínicos   | 05 - Tratamento em nefrologia | 03.05.01.010-7 - Hemodiálise (máximo 3 sessões por semana)                                                                                           | 1320          | 240,97            | 318.080,40 |
|                               |                               | 03.05.01.022-0 - Complementação de valor de sessão de hemodiálise em paciente com suspeição ou confirmação de covid-19 (máximo 4 sessões por semana) | 26            | 71,21             | 1.851,46   |
|                               |                               | 03.05.01.011-5 - hemodiálise em paciente com sorologia positiva para hiv e/ou hepatite b e/ou hepatite c (máximo 3 sessões por semana)               | 26            | 325,98            | 8.475,48   |
| 04 - Procedimentos Cirúrgicos | 18 - Cirurgias em nefrologia  | 01 - Acessos para diálise                                                                                                                            | 6             | 600,00            | 3.600,00   |
|                               |                               | 04.18.01.001-3 - Confecção de fistula arteriovenosa c/ enxertia de politetrafluoroetileno (PTFE)                                                     | 1             | 1.453,85          | 1.453,85   |
|                               |                               | 0418020019 - Intervenção em Fístula Arteriovenosa                                                                                                    | 2             | 600,00            | 1.200,00   |

|                                                                                                                                                    |                                                                      |                                                                                            |             |                 |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|-------------------|
| 07-Fornecimento de Órtese e Próteses e Materiais Especiais                                                                                         | 02-Órtese, Próteses e Materiais Especiais relacionados ato cirúrgico | 10-OPM em Nefrologia (07.02.10.002-1 - Cateter p/ subclávio duplo lúmen p/ hemodiálise)    | 6           | 64,76           | 388,56            |
|                                                                                                                                                    | 02-Órtese, Próteses e Materiais Especiais relacionados ato cirúrgico | 10-OPM em Nefrologia (07.02.10.009-9 - dilatador p/ implante de cateter duplo lúmen)       | 6           | 21,59           | 129,54            |
|                                                                                                                                                    | 02-Órtese, Próteses e Materiais Especiais relacionados ato cirúrgico | 10-OPM em Nefrologia (07.02.10.010-2 - Guia metálico p/ introdução de cateter duplo lúmen) | 6           | 15,41           | 92,46             |
|                                                                                                                                                    | 02-Órtese, Próteses e Materiais Especiais relacionados ato cirúrgico | 10-OPM em Nefrologia                                                                       | 6           | 101,76          | 610,56            |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                       |                                                                      |                                                                                            | <b>1405</b> | <b>3.495,53</b> | <b>335.882,31</b> |
| Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. |                                                                      |                                                                                            |             |                 |                   |

### INCENTIVOS

| RECURSO FEDERAL                                                                                                                                                            |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Incentivo de Adesão à Contratualização - <b>IAC Recurso Federal</b>                                                                                                        | R\$ 91.223,46         |
| INTEGRASUS - <b>Recurso Federal</b>                                                                                                                                        | R\$ 6.097,91          |
| Incentivo Federal - Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências da Região Central (PORTARIA GM/MS Nº 2.621, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2023) - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 35.180,16         |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                                               | <b>R\$ 132.501,53</b> |

### PISO DA ENFERMAGEM

|                                                                                |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| PORTARIA GM-MS Nº 3.416 -PISO DA ENFERMAGEM-PARCELA MARÇO 2024-RECURSO FEDERAL | R\$ 144.650,99        |
| <b>Total a Receber</b>                                                         | <b>R\$ 144.650,99</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>                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 1.1. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)                | <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>Hospitais Estruturantes:</b><br/>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>Hospitais Estratégicos:</b><br/>Certificação ONA 1 em 18 meses</p> <p><b>Hospitais de Apoio:</b><br/>Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses.<br/>Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma</p>                                                                                                                             |
| <b>2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS</b>                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial | <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.<br/>É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar   | <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></ul> |

|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                       | -Grupo Técnico de Humanização (GTH).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente                                                                                       | <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>                                                                                                    |
| <b>4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO</b>                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>4.1. Experiência do Usuário, ou</p> <p>Pesquisa avaliada prioritariamente pela metodologia do NPS (<i>Net Promoter Score</i>).</p> | <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> |
| <b>5. ACESSO AO SISTEMA</b>                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 5.1. Acesso Hospitalar                                                                                                                | <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>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 5.2. Tempo de Regulação                                                                                                               | Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado                                                                                         | <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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada                                                                                    | 100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas e inseridas para visualização e controle no sistema de regulação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 5.5 . Acesso aos Exames Especializada                                                                                                 | 100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas e inseridos para visualização e controle no sistema de regulação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas                                                                                               | <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>                                                                                                                                                                                                              |

| <b>6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO</b>                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência.                                                 | - Alcançar e manter, em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de <b>50%</b> do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência). |
| 6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação.                                                 | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação.                                                                       |
| 6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas.                                         | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas.                                                               |
| <b>7. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL</b>                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 7.1. Proporção de gestantes com a presença do acompanhante de livre escolha durante a internação para realização do parto | Assegurar a $\geq 95\%$ das gestantes a presença do acompanhante de livre escolha.                                                                                                                                                                    |
| 7.2. Preenchimento do Partograma                                                                                          | Ter 95% das gestantes em trabalho de parto ativo com partograma preenchido.                                                                                                                                                                           |
| 7.3. Classificação de Risco (Manchester e/ou outros)                                                                      | Ter 95% das gestantes internadas com avaliação no protocolo de risco.                                                                                                                                                                                 |
| 7.4. Taxa de Cesárea                                                                                                      | Alcançar, no máximo, 52% de partos cesários por mês.                                                                                                                                                                                                  |
| 7.5. Proporção de RN com apgar de 5º minuto $\leq 7$ .                                                                    | Ter no máximo de 8% de RN com Apgar de 5º minuto $\leq 7$ .                                                                                                                                                                                           |

## **ANEXO C – PLANO DE TRABALHO**



## PLANO DE TRABALHO

### 01 - DADOS CADASTRAIS

|                                                        |    |            |                |                    |              |
|--------------------------------------------------------|----|------------|----------------|--------------------|--------------|
| Órgão/ Entidade Proponente                             |    |            |                | CNPJ               |              |
| Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí                   |    |            |                | 27.686.179/0001-39 |              |
| Cidade                                                 | UF | Cep        | DDD/fone       |                    | E.A          |
| Guaçuí                                                 | ES | 29.560-000 | (28) 3553-0479 |                    | Filantrópica |
| Conta corrente                                         |    | Banco      | Agência        | Praça de pagamento |              |
| 34.458.059                                             |    | 021        | 121            | Guaçuí             |              |
| Nome do responsável                                    |    |            |                | CPF                |              |
| Vandir Dias de Freitas                                 |    |            |                | 376.896.147-87     |              |
| C.I. / Órgão Expedidor                                 |    | Cargo      |                | Função             |              |
| RG 277890                                              |    | Provedor   |                | Provedor           |              |
| Endereço                                               |    |            |                | CEP                |              |
| Rua: Hildebrando M Carvalho, S/N – Centro - Guaçuí/ES. |    |            |                | 29.560-000         |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                      |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--------------------------|
| 2 - Descrição do Projeto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Período de Execução  |                          |
| Título do Projeto:<br>Incremento temporário das Emendas MAC<br>(manutenção da unidade Hospitalar)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Início<br>Abril/2024 | Término<br>Dezembro/2024 |
| Identificação do Objeto:<br>A Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí, inscrita no CNPJ sob nº. 27.686.179/0001-39, situada a Rua: Dr. Nilton Gomes Figueiredo nº 07- Quincas Machado, Cep. 29560-000, na cidade de Guaçuí/ES, e um estabelecimento hospitalar, sem fins lucrativos, de caráter beneficente e de natureza filantrópica que presta relevantes serviços de saúde ao SUS. Portador do Cnes sob nº. 2447029.<br><br>A Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí dispõe de 72 leitos para o SUS, e com 2 salas cirúrgicas, sendo para maternidade de risco habitual 06 (seis) Pré-parto e 09 (onze). Pós-parto.<br><br>Atualmente dispomos de 17 leitos de enfermagem clínica médica (M/F), 08 leitos cirúrgicos (M/F), 12 leitos cardiológicos (M/F) e 20 leitos de UTI – GERAL.<br><br>Assim, estamos encaminhando os documentos para a adesão ao valor supracitado.<br><br>Refere-se a <b>PORTARIA GM/MS Nº 1.750, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2023</b> , publicada no Diário |  |                      |                          |

Oficial da União, no dia 10 de novembro de 2023. Destinando recursos ao FES – Fundo Estadual de Saúde, com destino para atender a Santa Casa, valor total de R\$ 62.920,00 (Sessenta e dois mil, novecentos e vinte reais).

A Portaria cita o valor, como: R\$ 62.920,00 (Sessenta e dois mil, novecentos e vinte reais), por seu código de emenda nº. 27730002 e número da proposta 36000574222202300.

Recurso de origem parlamentar, da exma deputada Federal Sra. Lauriete

Desta forma, solicitamos a adesão a esta proposta, recurso este, será executado para a despesas administrativas e operacionais.

As despesas relacionadas neste plano com repasse único de R\$ 62.920,00 (Sessenta e dois mil, novecentos e vinte reais).

Havendo o hospital responsável pelo complemento de faturas em caso de ultrapassagem deste limite.

### 03 - PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

| Meta | Especificação                                                            | Valor Aplicado       | Duração    |               |
|------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|---------------|
|      |                                                                          |                      | Início     | Término       |
| 3.1  | Incremento temporário das Emendas MAC (manutenção da unidade Hospitalar) | R\$ 62.920,00        | Abril/2024 | Dezembro/2024 |
|      | <b>TOTAL</b>                                                             | <b>R\$ 62.920,00</b> |            |               |

### 04 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

O cronograma de execução das ações, necessárias para implantação de melhorias para o hospital, citamos: Custeio de despesas Administrativas e Operacionais da SCMG, e que serão necessárias para dar continuidade na manutenção e aos atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde.

### 05 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| META | AÇÕES                                                                    | Abril/2024                  |
|------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 5.1  | Incremento temporário das Emendas MAC (manutenção da unidade Hospitalar) | <b><u>R\$ 62.920,00</u></b> |



## 06 – DECLARAÇÃO

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

Guaçuí, ES, 11 de abril de 2024.

Vandir Dias de Freitas

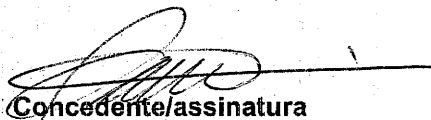
Provedor

## 07 - APROVAÇÃO PELA CONCEDENTE

Aprovado

Vitória, 12 de Abril de 2024.

Local e Data

  
Concedente/assinatura

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

HOSPITAL: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAGUÍ



| META | ESPECIFICAÇÃO                                                                                                                  | PRINCIPAIS AÇÕES                                                                                  | abr/24 | mai/24 | jun/24 | jul/24 | ago/24 | set/24 | out/24 | nov/24 | dez/24 |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1.   | Entrega a SESA do Plano de trabalho e Termo de Adesão                                                                          | Elaborar o plano de trabalho e o termo de adesão, e entregar a SESA, na competência outubro/2023. |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 2.   | Iniciar os processos de análises e pagamentos das despesas administrativas para necessidades de manter os atendimentos médicos | Após análises, iniciar aos pagamentos propostos em Plano de Trabalho                              |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 3.   | Prestação de Contas                                                                                                            | Reunir as documentações e a realização de prestação de contas final.                              |        |        |        |        |        |        |        |        |        |

Guaguí, ES, 11 de abril de 2024.

Vandir Dias de Freitas  
Provedor



## PLANO DE TRABALHO

### 01 - DADOS CADASTRAIS

|                                                        |    |            |                |                    |              |
|--------------------------------------------------------|----|------------|----------------|--------------------|--------------|
| Órgão/ Entidade Proponente                             |    |            |                | CNPJ               |              |
| Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí                   |    |            |                | 27.686.179/0001-39 |              |
| Cidade                                                 | Uf | Cep        | DDD/fone       |                    | E.A          |
| Guaçuí                                                 | ES | 29.560-000 | (28) 3553-0479 |                    | Filantrópica |
| Conta corrente                                         |    | Banco      | Agência        | Praça de pagamento |              |
| 34.458.059                                             |    | 021        | 121            | Guaçuí             |              |
| Nome do responsável                                    |    |            |                | CPF                |              |
| Vandir Dias de Freitas                                 |    |            |                | 376.896.147-87     |              |
| C.I. / Órgão Expedidor                                 |    | Cargo      |                | Função             |              |
| RG 277890                                              |    | Provedor   |                | Provedor           |              |
| Endereço                                               |    |            |                | CEP                |              |
| Rua: Hildebrando M Carvalho, S/N – Centro - Guaçuí/ES. |    |            |                | 29.560-000         |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                      |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--------------------------|
| 2 - Descrição do Projeto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Período de Execução  |                          |
| Título do Projeto:<br>Incremento temporário das Emendas MAC<br>(manutenção da unidade Hospitalar)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Início<br>Abril/2024 | Término<br>Dezembro/2024 |
| Identificação do Objeto:<br>A Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí, inscrita no CNPJ sob nº. 27.686.179/0001-39, situada a Rua: Dr. Nilton Gomes Figueiredo nº 07- Quincas Machado, Cep. 29560-000, na cidade de Guaçuí/ES, e um estabelecimento hospitalar, sem fins lucrativos, de caráter beneficente e de natureza filantrópica que presta relevantes serviços de saúde ao SUS. Portador do Cnes sob nº. 2447029.<br><br>A Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí dispõe de 72 leitos para o SUS, e com 2 salas cirúrgicas, sendo para maternidade de risco habitual 06 (seis) Pré-parto e 09 (onze). Pós-parto.<br><br>Atualmente dispomos de 17 leitos de enfermaria clínica médica (M/F), 08 leitos cirúrgicos (M/F), 12 leitos cardiológicos (M/F) e 20 leitos de UTI – GERAL.<br><br>Assim, estamos encaminhando os documentos para a adesão ao valor supracitado.<br><br>Refere-se a <b>PORTARIA GM/MS Nº 1.750, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2023</b> , publicada no Diário |  |                      |                          |

Oficial da União, no dia 10 de novembro de 2023. Destinando recursos ao FES – Fundo Estadual de Saúde, com destino para atender a Santa Casa, valor total de R\$ 100.000,00 (Cem mil reais).

A Portaria o valor, como: R\$ 100.000,00 (Cem mil reais), por seu código de emenda nº. 27730002 e número da proposta 36000574221202300.

Recurso de origem parlamentar, da exma deputada Federal Sra. Lauriete

Desta forma, solicitamos a adesão a esta proposta, recurso este, será executado para a despesas administrativas e operacionais.

As despesas relacionadas neste plano com repasse único de R\$ 100.000,00 (Cem mil reais).

Havendo o hospital responsável pelo complemento de faturas em caso de ultrapassagem deste limite.

### 03 - PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

| Meta | Especificação                                                            | Valor Aplicado        | Duração    |               |
|------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|---------------|
|      |                                                                          |                       | Início     | Término       |
| 3.1  | Incremento temporário das Emendas MAC (manutenção da unidade Hospitalar) | R\$ 100.000,00        | Abril/2024 | Dezembro/2024 |
|      | <b>TOTAL</b>                                                             | <b>R\$ 100.000,00</b> |            |               |

### 04 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

O cronograma de execução das ações, necessárias para implantação de melhorias para o hospital, citamos: Custeio de despesas Administrativas e Operacionais da SCMG, e que serão necessárias para dar continuidade na manutenção e aos atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde.

### 05 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| META | AÇÕES                                                                    | Abril/2024                   |
|------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 5.1  | Incremento temporário das Emendas MAC (manutenção da unidade Hospitalar) | <b><u>R\$ 100.000,00</u></b> |



## 06 – DECLARAÇÃO

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

**Guaçuí, ES, 11 de abril de 2024.**

**Vandir Dias de Freitas**

**Provedor**

## 07 - APROVAÇÃO PELA CONCEDENTE

Aprovado

Vitória, 12 de Abril de 2024.

Local e Data

Concedente/assinatura



#### INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 11/04/2024 16:33:14 (HORARIO DE BRASILIA - UTC-3)

por VANDIR DIAS DE FREITAS (CIDADÃO)

Valor Legal: COPIA SIMPLES | Natureza: DOCUMENTO DIGITALIZADO

Conferência: DOCUMENTO CAPTURADO SEM CONFERÊNCIA.

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-97BXSb>



CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

HOSPITAL: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÇUÍ

| META | ESPECIFICAÇÃO                                                                                                                  | PRINCIPAIS AÇÕES                                                                                  | abr/24 | mai/24 | jun/24 | jul/24 | ago/24 | set/24 | out/24 | nov/24 | dez/24 |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1.   | Entrega a SESA do Plano de trabalho e Termo de Adesão                                                                          | Elaborar o plano de trabalho e o termo de adesão, e entregar a SESA, na competência outubro/2023. |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 2.   | Iniciar os processos de análises e pagamentos das despesas administrativas para necessidades de manter os atendimentos médicos | Após análises, inícios aos pagamentos propostos em Plano de Trabalho                              |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| 3.   | Prestação de Contas                                                                                                            | Reunir as documentações e a realização de prestação de contas final.                              |        |        |        |        |        |        |        |        |        |

Guaçuí, ES, 11 de abril de 2024.

Vandir Dias de Freitas  
Provedor



## PLANO DE TRABALHO

### 01 - DADOS CADASTRAIS

|                                                        |       |            |                    |                    |              |
|--------------------------------------------------------|-------|------------|--------------------|--------------------|--------------|
| Órgão/ Entidade Proponente                             |       |            |                    | CNPJ               |              |
| Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí                   |       |            |                    | 27.686.179/0001-39 |              |
| Cidade                                                 | UF    | Cep        | DDD/fone           |                    | E.A          |
| Guaçuí                                                 | ES    | 29.560-000 | (28) 3553-0479     |                    | Filantrópica |
| Conta corrente                                         | Banco | Agência    | Praça de pagamento |                    |              |
| 34.458.059                                             | 021   | 121        | Guaçuí             |                    |              |
| Nome do responsável                                    |       |            |                    | CPF                |              |
| Vandir Dias de Freitas                                 |       |            |                    | 376.896.147-87     |              |
| C.I. / Órgão Expedidor                                 |       | Cargo      |                    | Função             |              |
| RG 277890                                              |       | Provedor   |                    | Provedor           |              |
| Endereço                                               |       |            |                    | CEP                |              |
| Rua: Hildebrando M Carvalho, S/N – Centro - Guaçuí/ES. |       |            |                    | 29.560-000         |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--------------------------|
| 2 - Descrição do Projeto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Período de Execução  |                          |
| Título do Projeto:<br>Incremento temporário das Emendas MAC<br>(manutenção da unidade Hospitalar).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Início<br>Abril/2024 | Término<br>Setembro/2024 |
| Identificação do Objeto:<br>A Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí, inscrita no CNPJ sob nº. 27.686.179/0001-39, situada a Rua: Dr. Nilton Gomes Figueiredo nº 07- Quincas Machado, Cep. 29560-000, na cidade de Guaçuí/ES, e um estabelecimento hospitalar, sem fins lucrativos, de caráter beneficente e de natureza filantrópica que presta relevantes serviços de saúde ao SUS. Portador do Cnes sob nº. 2447029.<br><br>A Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí dispõe de 72 leitos para o SUS, e com 2 salas cirúrgicas, sendo para maternidade de risco habitual 06 (seis) Pré-parto e 09 (onze). Pós-parto.<br><br>Atualmente dispomos de 17 leitos de enfermagem clínica médica (M/F), 08 leitos cirúrgicos (M/F), 12 leitos cardiológicos (M/F) e 20 leitos de UTI – GERAL.<br><br>Assim, estamos encaminhando os documentos para a adesão ao valor supracitado.<br><br>Refere-se a Emenda Parlamentar Federal de Bancada. Conforme valor de R\$ 200.000,00 |  |                      |                          |

(Duzentos mil reais). Informando sobre a destinação, como: incremento temporário ao custeio dos serviços de Atenção Especializada à Saúde, recursos estes oriundos de programação própria do Orçamento Geral da União de 2023. Conforme publicação no Diário Oficial do Governo do Estado do Espírito Santo, no dia 25 de março de 2024. Através da CIB nº. 034/2024.

Desta forma, solicitamos a adesão a esta proposta, recurso este, será executado para a despesas administrativas e operacionais.

As despesas relacionadas neste plano com repasse único de R\$ 200.000,00 mil reais, ficando o hospital responsável pelo complemento de faturas em caso de ultrapassagem deste limite.

### 03 - PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

| Meta | Especificação                                                             | Valor Aplicado        | Duração    |               |
|------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|---------------|
|      |                                                                           |                       | Início     | Término       |
| 3.1  | Incremento temporário das Emendas MAC (manutenção da unidade Hospitalar). | R\$ 200.000,00        | Abril/2024 | Setembro/2024 |
|      | <b>TOTAL</b>                                                              | <b>R\$ 200.000,00</b> |            |               |

### 04 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

O cronograma de execução das ações, necessárias para implantação de melhorias para as manutenções corretivas e preventivas de equipamentos médicos hospitalares, pagamento de contas de energia, água e telefone mensalmente e contratos com prestadores de manutenções. Assim, serão necessárias para dar continuidade e melhoria nos serviços médicos.

### 05 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| META | AÇÕES                                                                     | Abril/2024                   |
|------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 5.1  | Incremento temporário das Emendas MAC (manutenção da unidade Hospitalar). | <b><u>R\$ 200.000,00</u></b> |

#### 06 – DECLARAÇÃO

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

**Guaçuí, ES, 04 de abril de 2024.**

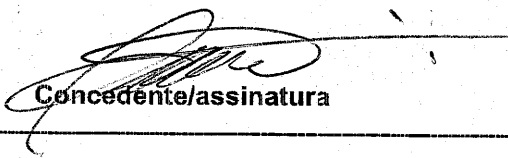
**Vandir Dias de Freitas**  
Provedor

#### 07 - APROVAÇÃO PELA CONCEDENTE

Aprovado

Vitória,        de        de 2024.

Local e Data

  
Concedente/assinatura



#### INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em: 11/04/2024 12:49:04 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)

por VANDIR DIAS DE FREITAS (CIDADÃO)

Valor Legal: COPIA SIMPLES | Natureza: DOCUMENTO DIGITALIZADO

Conferência: DOCUMENTO CAPTURADO SEM CONFERÊNCIA.

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-XBPDJZ>



**CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO**

**HOSPITAL: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÇUÍ**

| META | ESPECIFICAÇÃO                                                                                                                  | PRINCIPAIS AÇÕES                                                                                  | abr/24 | mai/24 | jun/24 | jul/24 | ago/24 | set/24 |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1.   | Entrega a SESA do Plano de trabalho e Termo de Adesão                                                                          | Elaborar o plano de trabalho e o termo de adesão, e entregar a SESA, na competência outubro/2023. |        |        |        |        |        |        |
| 2.   | Iniciar os processos de análises e pagamentos das despesas administrativas para necessidades de manter os atendimentos médicos | Após análises, inícios aos pagamentos propostos em Plano de Trabalho                              |        |        |        |        |        |        |
| 3.   | Prestação de Contas                                                                                                            | Reunir as documentações e a realização de prestação de contas final.                              |        |        |        |        |        |        |

Guaçuí, ES, 05 de abril de 2024.

**Vandir Dias de Freitas**  
Provedor



#### INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 05/04/2024 13:45:45 (HORARIO DE BRASÍLIA - UTC-3)  
por VANDIR DIAS DE FREITAS (CIDADÃO)  
Valor Legal: COPIA SIMPLES | Natureza: DOCUMENTO DIGITALIZADO  
Conferência: DOCUMENTO CAPTURADO SEM CONFERÊNCIA.

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-383B40>



## PLANO DE TRABALHO

### 01 - DADOS CADASTRAIS

|                                                        |       |            |                    |                    |              |
|--------------------------------------------------------|-------|------------|--------------------|--------------------|--------------|
| Órgão/ Entidade Proponente                             |       |            |                    | CNPJ               |              |
| Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí                   |       |            |                    | 27.686.179/0001-39 |              |
| Cidade                                                 | Uf    | Cep        | DDD/fone           |                    | E.A          |
| Guaçuí                                                 | ES    | 29.560-000 | (28) 3553-0479     |                    | Filantrópica |
| Conta corrente                                         | Banco | Agência    | Praça de pagamento |                    |              |
| 34.458.059                                             | 021   | 121        | Guaçuí             |                    |              |
| Nome do responsável                                    |       |            |                    | CPF                |              |
| Vandir Dias de Freitas                                 |       |            |                    | 376.896.147-87     |              |
| C.I. / Órgão Expedidor                                 |       | Cargo      |                    | Função             |              |
| RG 277890                                              |       | Provedor   |                    | Provedor           |              |
| Endereço                                               |       |            |                    | CEP                |              |
| Rua: Hildebrando M Carvalho, S/N – Centro - Guaçuí/ES. |       |            |                    | 29.560-000         |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                     |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|---------------|
| 2 - Descrição do Projeto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Período de Execução |               |
| Título do Projeto:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Início              | Término       |
| Incremento temporário das Emendas MAC (manutenção da unidade Hospitalar).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Abril/2024          | Setembro/2024 |
| Identificação do Objeto:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                     |               |
| <p>A Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí, inscrita no CNPJ sob nº. 27.686.179/0001-39, situada a Rua: Dr. Nilton Gomes Figueiredo nº 07- Quincas Machado, Cep. 29560-000, na cidade de Guaçuí/ES, e um estabelecimento hospitalar, sem fins lucrativos, de caráter beneficente e de natureza filantrópica que presta relevantes serviços de saúde ao SUS. Portador do Cnes sob nº. 2447029.</p> <p>A Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí dispõe de 72 leitos para o SUS, e com 2 salas cirúrgicas, sendo para maternidade de risco habitual 06 (seis) Pré-parto e 09 (nove). Pós-parto.</p> <p>Atualmente dispomos de 17 leitos de enfermagem clínica médica (M/F), 08 leitos cirúrgicos (M/F), 12 leitos cardiológicos (M/F) e 20 leitos de UTI – GERAL.</p> <p>Assim, estamos encaminhando os documentos para a adesão ao valor supracitado.</p> <p>Refere-se a Emenda Parlamentar Federal Individual Impositiva, valor de R\$ 374.327,00 (Trezentos</p> |  |                     |               |

e setenta e quatro mil, trezentos e vinte e sete reais). Informando sobre a destinação, como: incremento temporário ao custeio dos serviços de Atenção Especializada à Saúde, recursos estes oriundos de programação própria do Orçamento Geral da União de 2023. Conforme publicação no Diário Oficial do Governo do Estado do Espírito Santo, no dia 25 de março de 2024. Através da CIB nº. 034/2024.

Desta forma, solicitamos a adesão a esta proposta, recurso este, será executado para a despesas administrativas e operacionais.

As despesas relacionadas neste plano com repasse único de R\$ 374.327,00 mil reais, ficando o hospital responsável pelo complemento de faturas em caso de ultrapassagem deste limite.

### 03 - PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

| Meta | Especificação                                                             | Valor Aplicado        | Duração    |               |
|------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|---------------|
|      |                                                                           |                       | Início     | Término       |
| 3.1  | Incremento temporário das Emendas MAC (manutenção da unidade Hospitalar). | R\$ 374.327,00        | Abril/2024 | Setembro/2024 |
|      | <b>TOTAL</b>                                                              | <b>R\$ 374.327,00</b> |            |               |

### 04 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

O cronograma de execução das ações, necessárias para implantação de melhorias para o hospital, citamos: Administrativas/operacionais. (Despesas com manutenção de serviços médicos, oxigênio medicinal, locações de equipamentos, energia e demais despesas administrativas operacionais). Assim, serão necessárias para dar continuidade e melhoria nos serviços médicos.

### 05 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| META | AÇÕES                                                                     | Abril/2024                   |
|------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 5.1  | Incremento temporário das Emendas MAC (manutenção da unidade Hospitalar). | <b><u>R\$ 374.327,00</u></b> |

#### 06 – DECLARAÇÃO

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

**Guaçuí, ES, 05 de abril de 2024.**

**Vandir Dias de Freitas**  
**Provedor**

#### 07 - APROVAÇÃO PELA CONCEDENTE

**Aprovado**

**Vitória,        de        de 2024.**

**Local e Data**



**Concedente/assinatura**



#### INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em: 11/04/2024 12:52:39 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)  
por VANDIR DIAS DE FREITAS (CIDADÃO)  
Valor Legal: CÓPIA SIMPLES | Natureza: DOCUMENTO DIGITALIZADO  
Conferência: DOCUMENTO CAPTURADO SEM CONFERÊNCIA.

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-FND32H>



**CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO**

**HOSPITAL: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÇUÍ**

| META | ESPECIFICAÇÃO                                                                                                                  | PRINCIPAIS AÇÕES                                                                                  |  |  |  |  |  |  |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 1.   | Entrega a SESA do Plano de trabalho e Termo de Adesão                                                                          | Elaborar o plano de trabalho e o termo de adesão, e entregar a SESA, na competência outubro/2023. |  |  |  |  |  |  |
| 2.   | Iniciar os processos de análises e pagamentos das despesas administrativas para necessidades de manter os atendimentos médicos | Após análises, inícios aos pagamentos propostos em Plano de Trabalho                              |  |  |  |  |  |  |
| 3.   | Prestação de Contas                                                                                                            | Reunir as documentações e a realização de prestação de contas final.                              |  |  |  |  |  |  |

Guaçuí, ES, 05 de abril de 2024.

**Vandir Dias de Freitas**  
Provedor



#### INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 05/04/2024 13:45:45 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)  
por VANDIR DIAS DE FREITAS (CIDADÃO)  
Valor Legal: CÓPIA SIMPLES | Natureza: DOCUMENTO DIGITALIZADO  
Conferência: DOCUMENTO CAPTURADO SEM CONFERÊNCIA.

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-383B40>

**ANEXO D- CNES**

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 16/04/2024

CNES: 2447029Nome Fantasia: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUACUICNPJ: 27.686.179/0001-39

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

Logradouro: PRACA JOAO ACACINHONúmero: 01Complemento: --

Bairro: QUINCAS MACHADOMunicípio: 320230 - GUACUIUF: ES

CEP: 29560-000Telefone: (28)3553-2866Dependência: INDIVIDUALReg de Saúde: 002

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

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: GILBERTO BARROSO RIBEIRO

Cadastrado em: 17/12/2003Atualização na base local: 22/03/2024Última atualização Nacional: 08/04/2024

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

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

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

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

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

Endereço Complementar

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE

009 - INTERNACAO

|                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|
| Grupo > Atividade Secundária                                         |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO                   |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS           |
| 01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS |

Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

| Instalação                                                   | Qtde./Consultório | Leitos/Equipamentos |
|--------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|
| URGÊNCIA E EMERGÊNCIA                                        |                   |                     |
| SALA DE GESSO                                                | 1                 | 0                   |
| SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO | 5                 | 5                   |
| AMBULATORIAL                                                 |                   |                     |
| CLINICAS INDIFERENCIADO                                      | 1                 | 0                   |
| SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL                                | 1                 | 0                   |
| SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)                                | 1                 | 0                   |
| HOSPITALAR                                                   |                   |                     |
| LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO                                | 1                 | 5                   |
| SALA DE CIRURGIA                                             | 2                 | 2                   |
| SALA DE PARTO NORMAL                                         | 1                 | 1                   |
| SALA DE PRE-PARTO                                            | 1                 | 4                   |
| SALA DE RECUPERACAO                                          | 1                 | 2                   |

Serviços de

| Serviço                               | Característica |
|---------------------------------------|----------------|
| CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS | PROPRIO        |
| FARMACIA                              | PROPRIO        |
| LAVANDERIA                            | PROPRIO        |
| NECROTERIO                            | PROPRIO        |

Serviços especializados

| Código | Serviço                                               | Característica | Ambulatorial |         | Hospitalar |         |
|--------|-------------------------------------------------------|----------------|--------------|---------|------------|---------|
|        |                                                       |                | SUS          | Não SUS | SUS        | Não SUS |
| 130    | ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA                        | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | NÃO        | NÃO     |
| 130    | ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA                        | PROPRIO        | SIM          | SIM     | SIM        | SIM     |
| 107    | ATENCAO A SAUDE AUDITIVA                              | PROPRIO        | SIM          | SIM     | SIM        | SIM     |
| 150    | CIRURGIA VASCULAR                                     | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | NÃO        | NÃO     |
| 170    | COMISSOES E COMITES                                   | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | SIM        | NÃO     |
| 135    | REABILITACAO                                          | PROPRIO        | SIM          | SIM     | SIM        | SIM     |
| 110    | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA                | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | SIM        | NÃO     |
| 112    | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO   | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | NÃO        | NÃO     |
| 112    | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO   | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | SIM        | NÃO     |
| 117    | SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA                        | PROPRIO        | SIM          | NÃO     | SIM        | SIM     |
| 145    | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | PROPRIO        | SIM          | SIM     | SIM        | SIM     |
| 145    | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | TERCEIRIZADO   | SIM          | NÃO     | NÃO        | NÃO     |
| 145    | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | TERCEIRIZADO   | SIM          | NÃO     | SIM        | SIM     |
| 121    | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     | PROPRIO        | SIM          | SIM     | SIM        | SIM     |
| 121    | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     | TERCEIRIZADO   | SIM          | SIM     | SIM        | SIM     |
| 122    | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | PROPRIO        | SIM          | SIM     | NÃO        | NÃO     |
| 122    | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | PROPRIO        | SIM          | SIM     | SIM        | SIM     |

|     |                                                       |              |     |     |     |     |
|-----|-------------------------------------------------------|--------------|-----|-----|-----|-----|
| 122 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | TERCEIRIZADO | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| 142 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                 | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 142 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                 | TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 125 | SERVICO DE FARMACIA                                   | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 126 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                               | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 128 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                                | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 131 | SERVICO DE OFTALMOLOGIA                               | PROPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 162 | SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA                          | PROPRIO      | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| 140 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                      | PROPRIO      | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| 149 | TRANSPLANTE                                           | PROPRIO      | SIM | NÃO | SIM | NÃO |

Comissões e

|                                 |
|---------------------------------|
| Descrição                       |
| CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR |
| CIPA                            |
| MORTALIDADE MATERNA             |
| NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE |

Serviços e Classificação

| Código    | Serviço                                             | Classificação                                               | Terceiro | CNES          |
|-----------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------|---------------|
| 149 - 015 | TRANSPLANTE                                         | ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS            | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 112 - 001 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL               | NÃO      | NAO INFORMADO |
| 126 - 004 | SERVICO DE FISIOTERAPIA                             | ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI | 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 |
| 135 - 010 | REABILITACAO                                          | ATENCAO FONOAUDIOLOGICA                                      | NÃO | NAO INFORMADO |
| 130 - 003 | ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA                        | CONFECCAO INTERVENCAO DE ACESSOS PARA DIALISE                | NÃO | NAO INFORMADO |
| 107 - 004 | ATENCAO A SAUDE AUDITIVA                              | DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA                           | NÃO | NAO INFORMADO |
| 128 - 002 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                                | DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA                                   | NÃO | NAO INFORMADO |
| 142 - 001 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                 | DO APARELHO DIGESTIVO                                        | SIM | 5975476       |
| 142 - 001 | SERVICO DE ENDOSCOPIA                                 | DO APARELHO DIGESTIVO                                        | NÃO | NAO INFORMADO |
| 140 - 004 | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA                      | ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ | NÃO | NAO INFORMADO |
| 122 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | EXAME ELETROCARDIOGRAFICO                                    | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | EXAMES BIOQUIMICOS                                           | SIM | 2447061       |
| 145 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | EXAMES BIOQUIMICOS                                           | SIM | 5453097       |
| 145 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | EXAMES BIOQUIMICOS                                           | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | EXAMES COPROLOGICOS                                          | SIM | 2447061       |
| 145 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | EXAMES COPROLOGICOS                                          | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 005 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | EXAMES DE UROANALISE                                         | SIM | 2447061       |
| 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                         | SIM | 2447061       |
| 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                            | SIM | 2447061       |
| 145 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO         | EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA                            | SIM | 5453097       |

|           |                                                     |                                                      |     |               |
|-----------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----|---------------|
| 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                                     | SIM | 2447061       |
| 145 - 006 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO       | EXAMES HORMONAIS                                     | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 013 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO       | EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS                            | SIM | 2447061       |
| 145 - 013 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO       | EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS                            | NÃO | NAO INFORMADO |
| 145 - 009 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO       | EXAMES MICROBIOLOGICOS                               | SIM | 2447061       |
| 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                    | SIM | 2447061       |
| 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 | SIM | 2447061       |
| 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 |
| 110 - 003 | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA              | LAQUEADURA                                           | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 012 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                   | MAMOGRAFIA                                           | SIM | 7655800       |
| 128 - 004 | SERVICO DE HEMOTERAPIA                              | MEDICINA TRANSFUSIONAL                               | NÃO | NAO INFORMADO |
| 162 - 002 | SERVICO DE TERAPIA INTENSIVA                        | NEONATAL                                             | NÃO | NAO INFORMADO |
| 170 - 001 | COMISSOES E COMITES                                 | NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE                      | NÃO | NAO INFORMADO |
| 112 - 003 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL                  | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                   | RADIOLOGIA                                           | NÃO | NAO INFORMADO |

|           |                                                       |                                           |     |               |
|-----------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----|---------------|
| 121 - 004 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     | RESSONANCIA MAGNETICA                     | SIM | 7655800       |
| 122 - 002 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | TESTE DE HOLTER                           | NÃO | NAO INFORMADO |
| 122 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | TESTE ERGOMETRICO                         | SIM | 2447037       |
| 122 - 001 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | TESTE ERGOMETRICO                         | NÃO | NAO INFORMADO |
| 121 - 003 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA                | SIM | 7655800       |
| 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 |
| 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                           | NÃO | NAO INFORMADO |
| 110 - 004 | SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA                | VASECTOMIA                                | NÃO | NAO INFORMADO |

Outros

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

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

| Equipamento                                                | Existente | Em uso | SUS |
|------------------------------------------------------------|-----------|--------|-----|
| EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA                                 |           |        |     |
| AUDIOMETRO DE DOIS CANAIS                                  | 1         | 1      | SIM |
| EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS POR PRODUTO DE DISTORCAO    | 1         | 1      | SIM |
| EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSIENTES                 | 1         | 1      | SIM |
| EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                     |           |        |     |
| Mamografo com Comando Simples                              | 1         | 1      | SIM |
| PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA            | 1         | 1      | SIM |
| Raio X ate 100 mA                                          | 2         | 2      | SIM |
| Raio X de 100 a 500 mA                                     | 2         | 2      | SIM |
| Ultrassom Convencional                                     | 1         | 1      | SIM |
| Ultrassom Ecografo                                         | 1         | 1      | SIM |
| EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA                            |           |        |     |
| CAMARA PARA CONSERVACAO DE HEMODERIVADOS/IMUNO/TERMOLABEIS | 1         | 1      | SIM |
| GRUPO GERADOR (ACIMA DE 300 KVA)                           | 1         | 1      | SIM |
| Grupo Gerador                                              | 1         | 1      | SIM |
| EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA                       |           |        |     |
| Berço Aquecido                                             | 3         | 3      | SIM |
| Bomba de Infusao                                           | 73        | 65     | SIM |
| Desfibrilador                                              | 4         | 4      | SIM |

|                                   |    |    |     |
|-----------------------------------|----|----|-----|
| Equipamento de Fototerapia        | 2  | 2  | SIM |
| Incubadora                        | 3  | 3  | SIM |
| MONITOR MULTIPARAMETRO            | 2  | 2  | SIM |
| Monitor de ECG                    | 2  | 2  | SIM |
| Reanimador Pulmonar/AMBU          | 20 | 20 | SIM |
| Respirador/Ventilador             | 17 | 17 | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS |    |    |     |
| Eletrocardiografo                 | 1  | 1  | SIM |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS  |    |    |     |
| Endoscopia Digestiva              | 3  | 3  | SIM |
| Laparoscopia/Vídeo                | 1  | 1  | SIM |
| OUTROS EQUIPAMENTOS               |    |    |     |
| Equipamento para Hemodialise      | 30 | 30 | SIM |
| Resíduos/Rejeitos                 |    |    |     |
| Coleta Seletiva de Rejeito        |    |    |     |
| RESIDUOS BIOLOGICOS               |    |    |     |
| RESIDUOS QUIMICOS                 |    |    |     |
| REJEITOS RADIOATIVOS              |    |    |     |
| RESIDUOS COMUNS                   |    |    |     |

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Diálise

Caracterização de serviço de diálise

| Salas Hemodiálise | Salas de Reuso | Máquinas Hemodiálise | Tratamento D'água          |
|-------------------|----------------|----------------------|----------------------------|
| HBsAg+ = 0        | HBsAg+ = 0     | Proporção = 31       | (X) Filtro de areia        |
| HBsAg- = 3        | HBsAg- = 1     | Outras = 4           | (X) Filtro de carvão       |
| DPI = 0           | HCV+ = 0       | -                    | (X) Abrandador             |
| DPAC = 0          | -              | -                    | (X) Deionizador            |
| -                 | -              | -                    | (X) Maq. de Osmose Reversa |
| -                 | -              | -                    | (X) Outros                 |

Serviço de referência e manutenção

| Serviço                             | Razão Social                             | CNPJ           | Município |
|-------------------------------------|------------------------------------------|----------------|-----------|
| LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE | LABORATORIO KASHIMA DE ANALISES CLINICAS | 39287750000121 | GUACUI    |
| HOSPITAL GERAL                      | SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUACUI     | 27686179000139 | GUACUI    |
| SERVICO DE PATOLOGIA CLINICA        | LABORATORIO KASHIMA DE ANALISES CLINICAS | 39287750000121 | GUACUI    |
| SERVICO DE NEFROLOGIA PARA HSBG+    | NILTON MENDES GUERRA                     | 09607998855    | GUACUI    |

Formalização

| Diretor responsável | CPF         |
|---------------------|-------------|
| WALDIR AGUIAR FILHO | 57674388700 |

| Caracterização de serviço de diálise |                |                      |                   |
|--------------------------------------|----------------|----------------------|-------------------|
| Salas Hemodiálise                    | Salas de Reuso | Máquinas Hemodiálise | Tratamento D'água |
| Nefrologista responsável             |                |                      | CPF               |
| JOSE ROBERTO AZEVEDO RIBEIRO         |                |                      | 70794219772       |

Quimioterapia/Radioterapia

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hemoterapia

| NÚMERO DE SALAS - COLETA |                      |                 |        |         |
|--------------------------|----------------------|-----------------|--------|---------|
| Recepção / cadastro      | Triagem hematológica | Triagem clínica | Coleta | Aférese |
|                          |                      |                 | 1      |         |

| NÚMERO DE SALAS - PROCESSAMENTO |             |         |              |
|---------------------------------|-------------|---------|--------------|
| Processamento                   | Pré-estoque | Estoque | Distribuição |
|                                 |             |         |              |

| NÚMERO DE SALAS - LABORATÓRIO |                     |                     |            |                       |                    |                   |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| Sorologia                     | Imuno Hemematologia | Pre. transfusionais | Hemostasia | Controle de qualidade | Biologia molecular | Imuno fenotipagem |
|                               |                     | 1                   |            |                       |                    |                   |

NÚMERO DE SALAS - ATENDIMENTO

|           |                      |
|-----------|----------------------|
| Transusão | Seguimento do doador |
|           | null                 |

EQUIPAMENTOS - PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

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

Serviço de referência e manutenção

|                    |                                                |                |                         |
|--------------------|------------------------------------------------|----------------|-------------------------|
| Serviço            | Razão Social                                   | CNPJ           | Município               |
| CENTRAL SOROLOGICA | HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DO ITAPEMIRIM | 27193705000129 | CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM |

Formalização

|                                   |             |
|-----------------------------------|-------------|
| Médico hemoterapeuta responsável  | CPF         |
| ANDRÉ SENA PEREIRA                | 74523333734 |
| Médico hematologista responsável  | CPF         |
| Não informado                     |             |
| Responsável técnico / sorologista | CPF         |
| Não informado                     |             |
| Médico capacitado responsável     | CPF         |
| Não informado                     |             |

Hospitalar - Leitos

| Descrição              | Leitos Existentes | Leitos SUS |
|------------------------|-------------------|------------|
| COMPLEMENTAR           |                   |            |
| UTI ADULTO - TIPO II   | 20                | 20         |
| ESPEC - CIRURGICO      |                   |            |
| CIRURGIA GERAL         | 3                 | 3          |
| GINECOLOGIA            | 2                 | 2          |
| ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA | 16                | 16         |
| ESPEC - CLINICO        |                   |            |
| CARDIOLOGIA            | 12                | 12         |
| CLINICA GERAL          | 22                | 10         |
| OBSTETRICO             |                   |            |
| OBSTETRICA CIRURGICA   | 5                 | 5          |
| OBSTETRICA CLINICA     | 9                 | 9          |
| PEDIATRICO             |                   |            |
| PEDIATRIA CLINICA      | 1                 | 1          |

Habilitações

| Código | Descrição                                                       | Origem   | Competência Inicial | Competência Final | Portaria   | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|-----------------------------------------------------------------|----------|---------------------|-------------------|------------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
| 1504   | ATENCAO ESPECIALIZADA EM DRC COM HEMODIALISE                    | NACIONAL | 12/2019             | 99/9999           | PT GM 3432 | 17/12/2019    |            | 18/12/2019         | 18/12/2019          |
| 1506   | ATENCAO ESPECIALIZADA EM DRC NOS ESTAGIOS 4 E 5 (PRE-DIALITICO) | NACIONAL | 12/2019             | 99/9999           | PT GM 3432 | 17/12/2019    |            | 18/12/2019         | 18/12/2019          |

| Código | Descrição     | Origem   | Competência Inicial | Competência Final | Portaria   | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|---------------|----------|---------------------|-------------------|------------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
| 1901   | LAQUEADURA    | LOCAL    | 03/2001             | 99/9999           |            | 01/11/2006    | 0          | 22/03/2024         | 08/04/2024          |
| 1902   | VASECTOMIA    | LOCAL    | 08/2008             | 99/9999           | 284R       | 15/09/2008    | 0          | 22/03/2024         | 08/04/2024          |
| 2601   | UTI II ADULTO | NACIONAL | 10/2015             | 99/9999           | PT GM 1897 | 29/07/2020    | 20         | 30/07/2020         | 07/10/2015          |

Contrato Gestão

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Data desativação: --                      Motivo desativação: --

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

**VANDIR DIAS DE FREITAS**  
CIDADÃO  
assinado em 16/04/2024 10:32:43 -03:00

**ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**  
SUBSECRETARIO ESTADO  
SSEC - SESA - GOVES  
assinado em 16/04/2024 10:54:28 -03:00



**INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO**

Documento capturado em 16/04/2024 10:54:28 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)  
por DENILSON CAZELI FERREIRA (ASSISTENTE ADMINISTRATIVO - 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/2024-G1NLHG>