



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

CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 005/2022

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-80FVZ

6º 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 nº364-S, de 10/02/2023 e, do outro lado a **SANTA CASA DE MISERICORDIA 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) **CONVENENTE**, neste ato representado por seu Representante Legal o **Sr. GILSON JOAQUIM CAETANO**, inscrito no CPF: 069.165.637-10, residente e domiciliado à Rua Joao Goulart, 240 – Vale do Sol – Guaçuí – ES, CEP: 29560-000 resolvem celebrar o presente 6º 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



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

1990, o art. 116 da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, Portaria MS/GM nº 3.410, de 30/12/2013 e Portarias de Consolidação nº 1, nº 2, nº 3 e nº 5, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria Estadual 076-R, de 19 de maio de 2022 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- LOA Nº 11.767 - 28.12.22 e demais normas e legislação específica mediante as Cláusulas e condições que se seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 - O presente Termo Aditivo ao CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO que tem por objeto: **(a)** Incorporação de Recurso Financeiro referente a Portaria GM/MS Nº 3791 de 22/12/2021 - Resolução CIB Nº 061 ;**(b)** Adequação de valores de procedimentos conforme Portaria GM/MS 815 de 30/06/2023, e **(c)** acréscimo financeiro 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) referente a Incorporação de Recurso Financeiro Portaria GM/MS Nº 3791 de 22/12/2021 - Resolução CIB Nº 061/2023, e Portaria GM/MS 815 de 30/06/2023, conforme Documento Descritivo – **DODE**.

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

CLÁUSULA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO DA CLAÚSULA SEXTA

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

6.1- O valor total do presente **Convênio de Contratualização** passa a ser de **R\$ 45.630.545,11** (quarenta e cinco milhões e seiscentos e trinta mil e quinhentos e quarenta e cinco reais e onze centavos).



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

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)**

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)

6.1.6 - O Recurso Financeiro aplicado ao **6º Termo Aditivo** será 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).

6.2 - O detalhamento do repasse a partir de **08/2023** se dará da seguinte forma:

6.2.1 - Para a execução do **6º Termo Aditivo** ao convênio de contratualização, a **CONVENIENTE** receberá recursos financeiros de **R\$ 6.724.699,42 (seis milhões e setecentos e vinte e quatro mil e seiscentos e noventa e nove reais e quarenta e dois centavos)**, conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.

6.2.2- A parcela pré-fixada mensal importa em **R\$ 5.711.141,02** (cinco milhões e setecentos e onze mil e cento e quarenta e um reais e dois centavos), conforme o quadro de detalhamento, e oneram recursos de transferência da União ao Fundo Estadual de Saúde e recursos próprios da **CONCEDENTE**.

6.2.3- Setenta por cento (70%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 4.493.249,84** (quatro milhões e quatrocentos e noventa e três mil e duzentos e quarenta e nove reais e oitenta e quatro centavos), com valor de **R\$ 3.584.001,01 (três milhões e quinhentos e oitenta e quatro mil e um real e um centavo)** no mês de agosto/2023 com Incorporação



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

Recurso Financeiro referente portaria GM/MS N° 3791 de 22/12/2021- Resolução CIB N° 061 (**parcela única**), e no mês de setembro/2023 no valor mensal de **R\$ 1.518.194,42** (um milhão e quinhentos e dezoito mil e cento e noventa e quatro reais e quarenta e dois centavos) fixo e repassado mensalmente.

6.2.4- Trinta por cento (30%) do componente pré-fixado, que remontam **R\$ 608.945,59** (seiscentos e oito mil e novecentos e quarenta e cinco reais e cinquenta e nove centavos), é variável e vinculado ao cumprimento das metas de desempenho discriminadas no Documento Descritivo – DODE, com monitoramento e avaliação quadrimestral.

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

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

6.2.7 - O componente pós-fixado, que corresponde aos Procedimentos Ambulatoriais de Exames, Consultas, Terapias, Procedimentos, APAC's, OPME's de Alta Complexidade e Cirurgias Eletivas Extras será repassado ao HOSPITAL, à posteriori, (pós-produção, aprovação, processamento), de acordo com a produção mensal aprovada pela SESA, respeitado o limite do Termo Aditivo do convênio contratualização para esses serviços e, conforme programação disposta no Documento Descritivo, estimando-se um valor de **R\$ 175.455,06** (cento e setenta e cinco mil e quatrocentos e cinquenta e cinco reais e seis centavos)

6.2.8- O componente pós-fixado, que corresponde aos Procedimentos Estratégicos – FAEC já cadastrados, será repassado ao HOSPITAL, à posteriori, (pós-produção, aprovação, processamento e apenas concomitantemente à respectiva transferência financeira do FNS), de acordo com a produção mensal aprovada pela SESA, até o limite da transferência do FNS, respeitado, similarmente, o limite para as modalidades de FAEC no Termo Aditivo do convênio contratualização e conforme programação disposta no Documento Descritivo, estimando-se um valor de **R\$ 323.687,94 (trezentos e vinte e três mil e seiscentos e oitenta e sete reais e noventa e quatro centavos)** no mês de agosto/2023, e no mês de setembro/2023 no valor **R\$ 338.960,34 (trezentos e trinta e oito mil e novecentos e**



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

sessenta reais e trinta e quatro centavos), Referente a Adequação de valores de procedimentos conforme Portaria GM/MS 815 de 30/06/2023

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.

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

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL			
PRÉ-FIXADO 70%	Agosto 2023(R\$)	Setembro 2023 (R\$)	TOTAL Agosto e Setembro
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 788.395,73	R\$ 788.395,73	R\$ 1.576.791,47



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- Recurso Estadual	R\$ 281.002,40	R\$ 281.002,40	R\$ 562.004,80
Portaria nº 3791 de 22/12/2021 - Resolução CIB Nº 061 de 15/05/2023 - Parcela única -Recurso Federal	R\$ 1.456.861,00		R\$ 1.456.861,00
Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal	R\$ 91.223,46	R\$ 91.223,46	R\$ 182.446,92
Incentivo Federal - INTEGRASUS - Recurso Federal	R\$ 6.097,91	R\$ 6.097,91	R\$ 12.195,82
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 351.474,91	R\$ 351.474,91	R\$ 702.949,83
SUBTOTAL - Recurso Estadual	R\$ 2.526.259,13	R\$ 1.069.398,13	R\$ 3.595.657,27
SUBTOTAL - Recurso Federal	R\$ 448.796,28	R\$ 448.796,28	R\$ 897.592,57
TOTAL RECURSO ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 2.975.055,42	R\$ 1.518.194,42	R\$ 4.493.249,84
PRÉ-FIXADO 30%	Agosto 2023(R\$)	Setembro 2023 (R\$)	TOTAL Agosto e Setembro
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	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\$ 240.859,20
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 150.632,11	R\$ 150.632,11	R\$ 301.264,21
SUBTOTAL - Recurso Estadual	R\$ 458.313,49	R\$ 458.313,49	R\$ 916.626,97
SUBTOTAL - Recurso Federal	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\$ 1.217.891,18
TOTAL PRÉ-FIXADO ESTADUAL	R\$ 2.984.572,62	R\$ 1.527.711,62	R\$ 4.512.284,24
TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL	R\$ 599.428,39	R\$ 599.428,39	R\$ 1.198.856,78
TOTAL PRÉ-FIXADO ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 3.584.001,01	R\$ 2.127.140,01	R\$ 5.711.141,02

COMPONENTE PÓS-FIXADO	Agosto 2023(R\$)	Setembro 2023 (R\$)	TOTAL Agosto e Setembro
Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade - Recurso Estadual	R\$ 40.829,86	R\$ 40.829,86	R\$ 81.659,72
Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade - Recurso Estadual	R\$ 69.175,00	R\$ 69.175,00	R\$ 138.350,00
CONSULTAS- RECURSO ESTADUAL	R\$ 14.400,00	R\$ 14.400,00	R\$ 28.800,00
EXAMES-RECURSO ESTADUAL	R\$ 51.050,20	R\$ 51.050,20	R\$ 102.100,40
FAEC Hospitalar- Recurso Federal	R\$ 3.078,03	R\$ 3.078,03	R\$ 6.156,06
FAEC – TRS- Recurso Federal	R\$ 320.609,91	R\$ 335.882,31	R\$ 656.492,22
TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL	R\$ 175.455,06	R\$ 175.455,06	R\$ 350.910,12
TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL	R\$ 323.687,94	R\$ 338.960,34	R\$ 662.648,28
TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 499.143,00	R\$ 514.415,40	R\$ 1.013.558,40



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

TOTAL DO CONVÊNIO	R\$ 4.083.144,01	R\$ 2.641.555,41	R\$ 6.724.699,42
-------------------	------------------	------------------	------------------

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, 02 de agosto de 2023.

CONCEDENTE:

ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA

SUBSECRETÁRIO DE ESTADO DE CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE

GILSON JOAQUIM CAETANO

Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí

TESTEMUNHAS:

1ª) _____

CPF:

2ª) _____

CPF:



DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o 6º **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 **6º 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 10.302.0047.2325 - Contratualização de Serviços de Saúde Complementar

Saúde UG: 440901

Gestão: 44901

Natureza de Despesa: 3.3.90.39.00 e /ou 3.3.50.39.00

Fonte de Recursos: 1500100200 e/ou 1600000000 e/ou 2659000011 e/ou 1659000011 e/ou 1659000013 e/ou 1659000015 ou 2500100201.

Vitória/ES, 02 de agosto de 2023.

ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde

ANEXO I

DOCUMENTO DESCRITIVO - DODE HOSPITAL

6º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 005/2022
PROCESSO E-DOCS: 2022- 80FVZ
PERÍODO DE EXECUÇÃO – Agosto a setembro de 2023

ESTRUTURA ADMINISTRATIVA:

PROVEDOR: GILSON JOAQUIM CAETANO

VICE-PROVEDOR: FRANCISCO CARLOS JOSÉ 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

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

Missão
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
Visão
Ser Hospital de referência regional do Caparaó capixaba, com excelência no atendimento, comprometido com qualidade e inserção comunitária.
Valores
Humanização, Misericórdia, Segurança do paciente, Respeito e dignidade, Credibilidade, Empreendedorismo e Sustentabilidade.
Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:
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.
Área de Abrangência
CAPARAÓ: Dorcas do Rio Preto, Divino de São Lourenço, Ibitirama, Iuna, Irupi, Ibatiba, Guaçuí, São José do Calçado, Bom Jesus do Norte, Apiaca, Alegre, Muniz Freire.

II - CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

Tipo de Estabelecimento	☒ Geral ☐ Especializado		
Natureza	☐ Público	☒ Filantrópico	☐ Privado
Número de Leitos - CNES	Geral: 90 SUS: 77		
Número de Leitos Complementar (UTI) - CNES	Geral SUS:		
Tipo de Leitos de UTI SUS	☒ Adulto ☐ Pediátrico ☐ Neonatal ☐ UCO ☐ Isolamento		
Serviço de Urgência e Emergência	☒ Sim ☐ Não ☒ Porta Aberta – 05 LEITOS DE SALA VERMELHA ☒ Referenciado		
Serviço de Maternidade	☒ Sim ☐ Não Se sim, habilitado- GAR ☐ Sim ☐ Não		
Habilitação em Alta Complexidade	☒ Sim ☐ Não Quais: UTI, TRS		
Inserção nas Redes de Atenção a Saúde	☒ Sim ☐ Não Se sim, quais: REDE CEGONHA – RISCO HABITUAL		
Classificação do Porte Hospitalar	☐ Estruturante ☐ Estratégico ☒ Apoio e/ou Maternidade ☐ Apoio – Potencial Cirurgias Eletivas		

III – CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES

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

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

VII– ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

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

VIII – METAS ASSISTENCIAIS

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

8.1 – Internação (Âmbito Hospitalar)

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

TIPO DE 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
TOTAL	68

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	14

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, consequentemente, pactuadas entre as partes por ocasião da formalização do Convenio de Contratualização e/ou seus Termos Aditivos.

9.1.2 –TABELA DE VALOR DA CONSULTA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

RECURSO ESTADUAL			
Item Agendamento	Oferta Mensal Contratual (Quantidade)	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
CONSULTA EM CIRURGIA GERAL MEDIA COMPLEXIDADE	40	R\$ 30,00	R\$ 1.200,00
CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA ADULTO	48	R\$ 30,00	R\$ 1.440,00
CONSULTA EM CIRURGIA GINECOLOGICA/LAQUEADURA	12	R\$ 30,00	R\$ 360,00
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA JOELHO ADULTO	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA MAO GERAL	8	R\$ 30,00	R\$ 240,00

CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA MEDIA COMPLEXIDADE	244	R\$ 30,00	R\$ 7.320,00
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA OMBRO ADULTO	12	R\$ 30,00	R\$ 360,00
CONSULTA EM CIRURGIA ORTOPEDIA PE TORNOZELO ADULTO	16	R\$ 30,00	R\$ 480,00
CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR ADULTO	20	R\$ 30,00	R\$ 600,00
RISCO CIRURGICO	60	R\$ 30,00	R\$ 1.800,00
			R\$ 14.400,00

* 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 às necessidades assistenciais dos usuários e, para tal estabelecemos ações e metas para as dimensões de:

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

10.1 - CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS METAS

O desempenho da CONVENIADA, por meio do Score estabelecidos no item 10.2, será acompanhado e apurado mensalmente pela Comissão de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação do Convênio, sendo consolidado a cada 04 (quatro) meses. O desempenho alcançado pela conveniente, em cada uma das apurações quadrimestrais, impactará no repasse financeiro dos 30% do valor global pré-fixado, de acordo com o estabelecido no quadro abaixo:

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

≥ 76 a < 78	50%
≥ 74 a < 76	60%
≥ 72 a < 74	70%
≥ 70 a < 72	80%
< 70	90%

10.2 Score de Indicadores de Qualidade e Desempenho Hospitalar

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

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

	-Comissão de Ética Médica; -Comissão de Ética em Enfermagem; -Comissão de Farmácia e Terapêutica; -Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); -Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber; -Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS); -Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino; -Comissão de Segurança do Paciente; -Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e -Grupo Técnico de Humanização (GTH).	
3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente	Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: -Identificação do Paciente; -Cirurgia Segura; -Prevenção de Úlcera de Pressão; -Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde; -Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos; -Prevenção de Quedas.	5,0
4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO		5,0
4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada prioritariamente pela metodologia do NPS (<i>Net Promoter Score</i>).	Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital. Atingir resposta ótimo e bom: • $\geq 65\%$ - 5,0 pontos; • 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos; • $\leq 61,99$ – zero. OU Atingir índice do NPS 65: • SIM - 5,0 pontos; • NÃO – zero. OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a a ser monitorada.	5,0
5. ACESSO AO SISTEMA		35,0
5.1. Acesso Hospitalar	Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação. Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil.	5,0
5.2. Tempo de Regulação	Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas.	5,0

5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado	Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de Regulação. (leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise).	10,0
5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada	100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas e inseridas para visualização e controle no sistema de regulação.	5,0
5.5 . Acesso aos Exames Especializada	100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas e inseridos para visualização e controle no sistema de regulação.	5,0
5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas	Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas $\leq 8\%$ Atingir percentual: • $\leq 8,0\%$ - 5,0 pontos; • 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos; • $\geq 10,0\%$ – zero.	5,0
6. EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO		25,0
6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência.	- Alcançar e manter, em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência).	15,0
6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação.	Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação.	5,0
6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas.	Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas.	5,0
7. QUALIDADE ASSISTENCIAL – MATERNO INFANTIL		10,0

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

XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL			
PRÉ-FIXADO 70%	Agosto 2023(R\$)	Setembro 2023 (R\$)	TOTAL Agosto e Setembro
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 788.395,73	R\$ 788.395,73	R\$ 1.576.791,47
LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- Recurso Estadual	R\$ 281.002,40	R\$ 281.002,40	R\$ 562.004,80
Portaria nº 3791 de 22/12/2021 - Resolução CIB Nº 061 de 15/05/2023 - Parcela única - Recurso Federal	R\$ 1.456.861,00		R\$ 1.456.861,00
Incentivo Federal - IAC - Recurso Federal	R\$ 91.223,46	R\$ 91.223,46	R\$ 182.446,92
Incentivo Federal - INTEGRASUS - Recurso Federal	R\$ 6.097,91	R\$ 6.097,91	R\$ 12.195,82
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 351.474,91	R\$ 351.474,91	R\$ 702.949,83
SUBTOTAL - Recurso Estadual	R\$ 2.526.259,13	R\$ 1.069.398,13	R\$ 3.595.657,27
SUBTOTAL - Recurso Federal	R\$ 448.796,28	R\$ 448.796,28	R\$ 897.592,57
TOTAL RECURSO ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 2.975.055,42	R\$ 1.518.194,42	R\$ 4.493.249,84

PRÉ-FIXADO 30%	Agosto 2023(R\$)	Setembro 2023 (R\$)	TOTAL Agosto e Setembro
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	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\$ 240.859,20
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 150.632,11	R\$ 150.632,11	R\$ 301.264,21
SUBTOTAL - Recurso Estadual	R\$ 458.313,49	R\$ 458.313,49	R\$ 916.626,97
SUBTOTAL - Recurso Federal	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\$ 1.217.891,18
TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL	R\$ 2.984.572,62	R\$ 1.527.711,62	R\$ 4.512.284,24
TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL	R\$ 599.428,39	R\$ 599.428,39	R\$ 1.198.856,78
TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 3.584.001,01	R\$ 2.127.140,01	R\$ 5.711.141,02

COMPONENTE PÓS-FIXADO	Agosto 2023(R\$)	Setembro 2023 (R\$)	TOTAL Agosto e Setembro
Exames, terapias e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade - Recurso Estadual	R\$ 40.829,86	R\$ 40.829,86	R\$ 81.659,72
Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade - Recurso Estadual	R\$ 69.175,00	R\$ 69.175,00	R\$ 138.350,00
CONSULTAS- RECURSO ESTADUAL	R\$ 14.400,00	R\$ 14.400,00	R\$ 28.800,00
EXAMES-RECURSO ESTADUAL	R\$ 51.050,20	R\$ 51.050,20	R\$ 102.100,40
FAEC Hospitalar- Recurso Federal	R\$ 3.078,03	R\$ 3.078,03	R\$ 6.156,06
FAEC – TRS- Recurso Federal	R\$ 320.609,91	R\$ 335.882,31	R\$ 656.492,22
TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL	R\$ 175.455,06	R\$ 175.455,06	R\$ 350.910,12
TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL	R\$ 323.687,94	R\$ 338.960,34	R\$ 662.648,28
TOTAL PÓS-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 499.143,00	R\$ 514.415,40	R\$ 1.013.558,40
TOTAL DO CONVÊNIO	R\$ 4.083.144,01	R\$ 2.641.555,41	R\$ 6.724.699,42

APROVAÇÃO

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é **R\$ 6.724.699,42** (seis milhões e setecentos e vinte e quatro mil e seiscentos e noventa e nove reais e quarenta e dois centavos).

Assinatura e carimbo da Concedente

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

Assinatura

Assinatura e carimbo da Convenente

Nome: **GILSON JOAQUIM CAETANO**
CI: 933.073 - Órgão Expedidor: SSP - ES
CPF: 069.165.637-10

Assinatura

Vitória/ES, 02 de agosto de 2023.

ANEXOS

ANEXO A: ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

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

ANEXO C – PLANO DE TRABALHO COM CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

ANEXO D – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE – CNES

ANEXO A - ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

LEITOS HOSPITALARES

RECURSO ESTADUAL				
TIPO DE LEITO	Nº LEITOS MENSAL	QUANTIDADE DE DIÁRIAS/MÊS	VALOR DIÁRIA DE LEITO	VALOR TOTAL MENSAL
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
TOTAL	63			R\$ 1.336.446,32

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

TOTAL DE LEITOS	77			R\$ 1.628.386,64
------------------------	-----------	--	--	-------------------------

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

TOTAL GERAL DE LEITOS	82			R\$ 2.029.818,64
------------------------------	-----------	--	--	-------------------------

CONSULTAS

RECURSO ESTADUAL

Item Agendamento	Oferta Mensal Contratual (Quantidade)	QUANTIDADE 1º VEZ (ACESSO)	AUTO GESTÃO (RETORNO)	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Consulta em cirurgia geral media complexidade	40	24	16	R\$ 30,00	R\$ 1.200,00
Consulta em cirurgia ginecologica adulto	48	33	15	R\$ 30,00	R\$ 1.440,00
Consulta em cirurgia ginecologica/laqueadura	12	7	5	R\$ 30,00	R\$ 360,00
Consulta em cirurgia ortopedia joelho adulto	20	20	0	R\$ 30,00	R\$ 600,00
Consulta em cirurgia ortopedia mao geral	8	8	0	R\$ 30,00	R\$ 240,00
Consulta em cirurgia ortopedia media complexidade	244	0	244	R\$ 30,00	R\$ 7.320,00
Consulta em cirurgia ortopedia ombro adulto	12	12	0	R\$ 30,00	R\$ 360,00
Consulta em cirurgia ortopedia pe tornozelo adulto	16	16	0	R\$ 30,00	R\$ 480,00
Consulta em cirurgia vascular adulto	20	12	8	R\$ 30,00	R\$ 600,00
Risco cirurgico	60	0	60	R\$ 30,00	R\$ 1.800,00
					R\$ 14.400,00

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

EXAMES

RECURSO ESTADUAL

Item Agendamento	Oferta Mensal Contratual	QUANTIDADE 1º VEZ	AUTO GESTÃO	Valor Tabela sus	Valor complementação	VALOR TABELA SUS CAPIXABA	VALOR Total da COMPLEMENTAÇÃO
Colonoscopia (coloscopia)	8	8	0	R\$ 112,66	R\$ 223,14	R\$ 335,80	R\$ 2.686,40

Densitometria ossea duo-energetica de coluna (vertebras lombares e/ou femur)	60	60	0	R\$ 55,10	R\$ 2,23	R\$ 57,33	R\$ 3.439,80
Ecocardiografia transtoracica adulto	24	24	0	R\$ 67,86	R\$ 57,14	R\$ 125,00	R\$ 3.000,00
Endoscopia digestiva alta adulto	240	240	0	R\$ 48,16	R\$ 99,34	R\$ 147,50	R\$ 35.400,00
Grupo ultrassonografia doppler	30	0	30	R\$ 39,60	R\$ 85,40	R\$ 125,00	R\$ 3.750,00
Monitoramento pelo sistema holter 24 hs (3 canais)	20	20	0	R\$ 30,00	R\$ 72,20	R\$ 102,20	R\$ 2.044,00
Teste de esforco / teste ergometrico	8	8	0		R\$ 91,25	R\$ 91,25	R\$ 730,00
							R\$ 51.050,20

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

SIA DE MEDIA

RECURSO ESTADUAL							
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant.	Acesso 1º vez	Autogestão	Valor Unit	Valor/mês
02 - Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	02 - Diagnóstico em laboratório clínico	01- Exames bioquímicos	3534			3,49	12.333,66
		02- Exames hematológicos e hemostasia	636			3,83	2.435,88
		03- Exame sorológicos e imunológicos	422			12,58	5.308,76
		04 - Exames coprológicos	45			1,65	74,25
		05- Exames de Uroanálise	368			4,30	1.582,40
		06- Exames hormonais	260			14,09	3.663,40
		07- Exames toxicológicos ou de monitorização terapêutica	8			22,72	181,76
		08- Exames microbiológicos	219			4,60	1.007,40
		09- Exames em outros líquido s biológicos	1			9,70	9,70
		12- Exames imuno hematológicos	24			1,44	34,56
	04 - Diagnóstico por radiologia	01 Exames Radiológicos da Cabeça e Pescoço	225			7,35	1.653,75
		02 Exames radiológicos da Coluna Vertebral	140			9,81	1.373,40
		03 - Exames Radiológicos do tórax e Mediastino	450			8,43	3.793,50
		04- Exames Radiológico Cintura Escapular e Membros Superiores	240			6,88	1.651,20
		05 - Exames Radiológicos do Abdomem e Pelve	25			10,74	268,50
		06- Exames radiológicos da cintura pélvica e dos membros inferiores	325			7,17	2.330,25
	09 - Diagnóstico por endoscopia	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	8	8	0	23,13	185,04
		02- Eletrocardiograma	29			5,15	149,35
		02 - Diagnose em cardiologia (MAPA)	5			10,07	50,35
		07 - Diagnóstico Otorrinolaringologia/Fonoaudiologia	50	0	50	46,88	2.344,00
	12 - Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	01 - Exames do doador/receptor	4			17,04	68,16
3 - Procedimentos Clínicos e Cirúrgicos	06- Hemoterapia	02- Medicina transfusional	4			8,09	32,36

04 - Procedimentos Cirúrgicos	01- Pequena cirurgia e cirurgia de pele, tecido subcutâneo	01- Pequenas cirurgias	11			23,16	254,76
	07- Cirurgia do Aparelho Digestivo e anexos	01- Esôfago, estômago e duodeno (Retirada de Pólipo)	1			29,84	29,84
		02 - Intestinos, reto e anus	1			13,63	13,63
	TOTAL		7.035				40.829,86

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

SIA DE ALTA

RECURSO ESTADUAL							
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/mês	Valor Unitário	Valor/mês	QUANTIDADE 1º VEZ (ACESSO)	QUANTIDADE AUTO GESTÃO (RETORNO)
02- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	06 - Diagnóstico por Tomografia	01 - Cabeça, Pescoço e Coluna Vertebral	190	138,00	26.220,00	190	0
		02 - Tórax e Membros Superiores					
		03 - Abdomem, 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 Abdomem, Pelve e Membros Inferiores					
	04 - Diagnóstico por Radiologia	06 - Exames Radiológicos da Cintura Pélvica e dos membros inferiores (densitometria ossea)	50	55,10	2.755,00		
TOTAL			390	461,10	69.175,00		

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 hemodinamica 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 encefalica/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 provavel doador de órgãos	1	508,03	508,03
TOTAL			7	3.078,03	3.078,03

TRS
FAEC TRS - 6º Termo Aditivo - Agosto

RECURSO FEDERAL					
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/ mês	Valor Unitário	Valor/mês
03 - Procedimentos Clínicos	05 - Tratamento em nefrologia	03.05.01.010-7 - Hemodiálise (máximo 3 sessões por semana)	1320	229,40	302.808,00
		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	265,41	6.900,66
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 arterio-venosa c/ enxertia de politetrafluoretileno (PTFE)	1	1.453,85	1.453,85
		0418020019 - Intervenção em Fístula Arterio-Venosa	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/ subclavia duplo lumen p/ hemodialise)	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 lumen)	6	21,59	129,54
	02-Órtese, Próteses e Materiais Especiais relacionados ato cirúrgico	10-OPM em Nefrologia (07.02.10.010-2 - Guia metalico p/ introducao de cateter duplo lumen)	6	15,41	92,46
	02-Órtese, Próteses e Materiais Especiais relacionados ato cirúrgico	10-OPM em Nefrologia	6	101,76	610,56
TOTAL			1405	3.423,39	319.035,09

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

FAEC TRS - 6º Termo Aditivo - Setembro					
RECURSO FEDERAL					
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/mês	Valor 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	265,41	6.900,66
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 arterio-venosa c/ enxertia de politetrafluoretileno (PTFE)	1	1.453,85	1.453,85
		0418020019 - Intervenção em Fístula Arterio-Venosa	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/ subclavia duplo lumen p/ hemodialise)	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)	6	21,59	129,54

		de cateter duplo lumen)			
	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 lumen)	6	15,41	92,46
	02-Órtese, Próteses e Materiais Especiais relacionados ato cirúrgico	10-OPM em Nefrologia	6	101,76	610,56
TOTAL			1405	3.434,96	334.307,49
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 - IAC Recurso Federal	R\$ 91.223,46
INTEGRASUS - Recurso Federal	R\$ 6.097,91
TOTAL	R\$ 97.321,37

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

FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO SCORE

DESCRIÇÃO	META
1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS	
1.1. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)	Apresentar no 1º Quadrimestre, após a celebração do Convênio de Contratualização, o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada, conforme abaixo: <u>Hospitais Estruturantes:</u> ONA nível I em 18 meses ONA nível 2 em 30 meses, ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter. <u>Hospitais Estratégicos:</u> Certificação ONA 1 em 18 meses <u>Hospitais de Apoio:</u> Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses. Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma
2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS	
2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial	A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser $\geq 95\%$ dos funcionários. Apresentar Plano de Educação Continuada ativo e cronograma de treinamento.

	É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário.
3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL	
3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar	Manter as seguintes Comissões em pleno funcionamento: -Comissão de Revisão de Prontuário; -Comissão de Óbitos; -Comissão de Ética Médica; -Comissão de Ética em Enfermagem; -Comissão de Farmácia e Terapêutica; -Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); -Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber; -Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS); -Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino; -Comissão de Segurança do Paciente; -Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e -Grupo Técnico de Humanização (GTH).
3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente	Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: -Identificação do Paciente; -Cirurgia Segura; -Prevenção de Úlcera de Pressão; -Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde;

	-Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos; -Prevenção de Quedas.
4. EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO	
4.1. Experiência do Usuário, ou Pesquisa avaliada prioritariamente pela metodologia do NPS (<i>Net Promoter Score</i>).	Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital. Atingir resposta ótimo e bom: • $\geq 65\%$ - 5,0 pontos; • 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos; • $\leq 61,99$ – zero. OU Atingir índice do NPS 65: • SIM - 5,0 pontos; • NÃO – zero. OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a a ser monitorada.
5. ACESSO AO SISTEMA	
5.1. Acesso Hospitalar	Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação. Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil.
5.2. Tempo de Regulação	Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas.
5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado	Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de

	Regulação. (leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise).
5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada	100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas e inseridas para visualização e controle no sistema de regulação.
5.5 . Acesso aos Exames Especializada	100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas e inseridos para visualização e controle no sistema de regulação.
5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas	Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas $\leq 8\%$ Atingir percentual: • $\leq 8,0\%$ - 5,0 pontos; • 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos; • $\geq 10,0\%$ – zero.

ANEXO C – PLANO DE TRABALHO COM CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

PLANO DE TRABALHO

01 - DADOS CADASTRAIS

ORGÃO/ ENTIDADE PROPONENTE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÇUÍ				CNPJ 27.686.179/0001-39	
ENDEREÇO RUA DR. NILTON GOMES FIGUEIREDO, N. 7 – QUINCAS MACHADO					
CIDADE GUAÇUÍ		UF ES	CEP 29.560-000	DDD/FONE 28 3553-1423	E.A FILANTRÓPICA
CONTA CORRENTE 34.458.059		BANCO 21		AGÊNCIA 121	PRAÇA DE PAGAMENTO Guaçuí
NOME DO RESPONSÁVEL Gilson Joaquim Caetano					CPF 069.165.637-10
C.I. / ÓRGÃO EXPEDIDOR 933073 SSP ES		CARGO Provedor		FUNÇÃO	MATRÍCULA
ENDEREÇO Rua: Príncipe dos Palmares, 232 – Vale do Sol – Guaçuí/ES					CEP 29.560-000

2 - DESCRIÇÃO DO PROJETO

TÍTULO DO PROJETO: Aperfeiçoamento e melhorias para a modernização e inovação, visando melhoria de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde.	INÍCIO Agosto/2023	TÉRMINO julho/2024
--	------------------------------	------------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:

- a) Aperfeiçoamento de processos regulatórios por meio da implantação da Autorização de Internação Hospitalar Eletrônico (AIH Eletrônica);
- b) Implementar o funcionamento dos Núcleos Internos de Regulação conforme protocolos de regulação definidos pela SESA;
- c) Implementar a medição do desempenho assistencial por meio da metodologia de grupos de diagnósticos relacionados (Diagnosis Related Groups – DRG);
- d) Implantar ou implementar sistemas de custos compatíveis com o modelo de monitoramento e avaliação estabelecido pela SESA;
- e) Implantar ou implementar programas de avaliação e certificação para melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

03 - PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIRO

Meta	ESPECIFICAÇÃO	VALOR APLICADO	Duração	
			Início	Término
1	Aperfeiçoar os processos regulatórios por meio da implantação da autorização de internação hospitalar eletrônica (AIH Eletrônica)	R\$1.456.861,00	08/2023	07/2024
2	Implementar o funcionamento dos Núcleos Internos de Regulação conforme protocolos de regulação definidos pela SESA			
3	Implementar a medição do desempenho assistencial por meio da metodologia de grupos de diagnósticos relacionados (Diagnosis Related Groups-DRG)			

4	Implantar ou implementar sistemas de custos compatíveis com o modelo de monitoramento e avaliação estabelecido pela SESA			
5	Implantar ou implementar programas de avaliação e certificação para melhoria da qualidade dos serviços de saúde.			
TOTAL		R\$ 1.456.861,00		

04 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

O cronograma de execução das ações necessárias para implantação de melhorias para a modernização e inovação, visando melhoria de produtos, processos e serviços prestados ao Sistema Único de Saúde, elencadas na Resolução de CIB-ES nº 061/2023, descritas no Plano de Aplicação, Item 03 deste Plano de Trabalho, consta na Planilha em anexo.

5 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

MET A	AÇÕES	AGOSTO/2023 A JULHO/2024
1	1 - Entregar à SESA o Termo de Adesão e o Plano de Trabalho 2 - Treinamento da equipe com reuniões e ata 3 - Acompanhar processo de aperfeiçoamento	R\$ 1.456.861,00
2	1 - Treinamento da equipe com reuniões e ata 2 - Acompanhar Processo de Aperfeiçoamento	
3	1 - Comunicação dos indicadores de qualidade 2 - Reunião com a equipe para acompanhar processo de aperfeiçoamento	
4	1 - Avaliação de sistema de custos 2 - Implementação do sistema de custos	
5	1 - Avaliação das necessidades para implantação da qualidade 2 - Implantação do programa de qualidade	

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, 31 de julho de 2023.



Gilson Joaquim Caetano
Provedor - SCMG

07 - APROVAÇÃO PELA CONCEDENTE

Aprovado
Vitória, 31 de Julho de 2023.

Local e Data

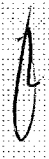


Concedente/assinatura

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUARÁ

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO - RESOLUÇÃO CIB Nº 061/2023

Meta	ESPECIFICAÇÃO	PRINCIPAIS AÇÕES	ago/23	set/23	out/23	nov/23	dez/23	jan/24	fev/24	mar/24	abr/24	mai/24	jun/24	jul/24
1	Aperfeiçoar os processos regulatórios por meio da implantação da autorização de internação hospitalar eletrônica (AIH Eletrônica)	Entregar à SESA o Termo de Adesão e o Plano de Trabalho Treinamento da equipe com reuniões e ata. Acompanhar processo de aperfeiçoamento e capacitação												
2	Implementar o funcionamento dos Núcleos Internos de Regulação conforme protocolos de regulação definidos pela SESA	Treinamento da equipe com reuniões e ata. Acompanhar processo de aperfeiçoamento												
3	Implementar a medição do desempenho assistencial por meio da metodologia de grupos de diagnósticos relacionados (Diagnosis Related Groups- DRG)	Comunicação dos indicadores de qualidade Reunião com a equipe para acompanhar processo de aperfeiçoamento												
4	Implantar ou implementar sistemas de custos compatíveis com o modelo de monitoramento e avaliação estabelecido pela SESA	Avaliação de sistema de custos Implementação do sistema de custos												
5	Implantar ou implementar programas de avaliação e certificação para melhoria da qualidade dos serviços de saúde.	Avaliação das necessidades para implantação da qualidade Implantação do programa de qualidade												



ANEXO D – CNES

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 02/08/2023

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: 02/03/2023Última atualização Nacional: 28/07/2023

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

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

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	ESTADUAL

Atividade	Nível de atenção	Gestão
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/DESPENSACAO 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

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	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
150	CIRURGIA VASCULAR	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	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
135	SERVICO DE REABILITACAO	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	SERVICO DE REABILITACAO	ATENCAO FONOAUDIOLOGICA	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 003	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	CONFECCAO INTERVENCAO DE ACESSOS PARA DIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE 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
GRUPO GERADOR PORTATIL (ATE 7 KVA)	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	27	27	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 = 17	(X) Filtro de areia
HBsAg- = 1	HBsAg- = 1	Outras = 0	(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
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
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

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
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
1901	LAQUEADURA	LOCAL	03/2001	99/9999		01/11/2006	0	02/03/2023	28/07/2023
1902	VASECTOMIA	LOCAL	08/2008	99/9999	284R	15/09/2008	0	02/03/2023	28/07/2023
2601	UTI II ADULTO	NACIONAL	10/2015	99/9999	PT GM 1897	29/07/2020	20	30/07/2020	07/10/2015

Incentivos

Código	Descrição	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data da Atualização
8273	UTI ADULTO RUE TIPO II - NOVOS	06/2016	99/9999	474/SAES/MS	22/04/2021	10	10/06/2021

Data desativação: -- Motivo desativação: --

ASSINATURAS (2)

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

GILSON JOAQUIM CAETANO
CIDADÃO
assinado em 02/08/2023 16:48:10 -03:00

ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA
SUBSECRETARIO ESTADO QCE-01
SSEC - SESA - GOVES
assinado em 02/08/2023 16:59:25 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 02/08/2023 16:59:25 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por DENILSON CAZELI FERREIRA (ASSISTENTE ADMINISTRATIVO - DT - GECORC - 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/2023-FQ1G3Q>