



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 006/2022

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-R4V0D

20º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 006/2022, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE ESPÍRITO SANTO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E A **IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA**, 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 **IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA**, caracterizado como hospital filantrópico, inscrito no CNPJ sob o nº 28.141.190/0001-86, localizado à Rua Dr. João dos Santos Neves, 143, Centro – Vitória – ES, doravante denominado(a) **CONVENIENTE**, neste ato representado por seu Representante Legal a **Sra. MARIA DA PENHA RODRIGUES D'ÁVILA**, inscrito no CPF: 557.761.677-87, residente e domiciliado à Rua Desembargador Augusto Botelho, 209 apartamento 401 – Praia da Costa – Vila Velha – ES – CEP:29101-110, resolvem celebrar o presente 20º 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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

de 1990, no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, o art. 116 da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, Portaria MS/GM nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013 e Portarias de Consolidação nº 1, nº 2, nº 3 e nº 5, de 28 de setembro de 2017 e da Portaria Estadual 076-R, de 19 de maio de 2022 e Portaria Estadual nº 042-R, de 14 de junho de 2023, que tratam das normas sobre as políticas nacionais e estadual de saúde do Sistema Único de Saúde, nas correspondentes Lei de Diretrizes Orçamentárias nº 11.867, de 19 de julho de 2023; LOA nº 12.024, de 26 de dezembro de 2023 e demais normas e legislação aplicáveis 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 3.590 de 18/04/2024 - Resolução CIB Nº 096/2024, Portaria GM/MS nº 544 de 03 de maio de 2023 - Resolução CIB Nº 055/2024 e Portaria GM/MS Nº 4.124, de 27 de maio de 2024 – Piso da Enfermagem – Parcela: **Maio/2024**, Fundamentação Jurídica da Lei 14.434/2022 (b) Acréscimo financeiro no valor de **R\$ 3.358.900,08** (três milhões trezentos e cinquenta e oito mil e novecentos reais e oito centavos), referente aos objetos (a), 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 CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO, para todos os efeitos legais, devendo estar à disposição da Central Estadual de Regulação.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO DA CLAÚSULA SEXTA

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

6.1- O valor total do presente Convênio de Contratação **passa a ser de R\$ 310.311.151,48** (trezentos e dez milhões trezentos e onze mil cento e cinquenta e um reais e quarenta e oito 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\$ 121.158.368,84** (cento e vinte um milhões cento e cinquenta e oito mil trezentos e sessenta e oito reais e oitenta e quatro centavos).

6.1.2 - O Recurso Financeiro aplicado ao **1º Termo Aditivo** foi de **R\$ 5.369.026,50** (cinco milhões, trezentos e sessenta e nove mil, vinte e seis reais e cinquenta centavos).

6.1.3 - O Recurso Financeiro aplicado ao **2º Termo Aditivo** foi de **R\$ 6.436.725,00** (seis milhões, quatrocentos e trinta e seis mil, setecentos e vinte e cinco reais).

6.1.4 - O Recurso Financeiro aplicado ao **3º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.357.005,45** (um milhão, trezentos e cinquenta e sete mil, cinco reais e quarenta e cinco centavos).

6.1.5 - O Recurso Financeiro aplicado ao **4º Termo Aditivo** foi de **R\$ 2.436.640,36** (dois milhões, quatrocentos e trinta e seis mil, seiscentos e quarenta reais e trinta e seis centavos).

6.1.6 - O Recurso Financeiro aplicado ao **5º Termo Aditivo** foi de **R\$ 10.633.433,39** (dez milhões, seiscentos e trinta e três mil, quatrocentos e trinta três reais e trinta e nove centavos).

6.1.7 - O Recurso Financeiro aplicado ao **6º Termo Aditivo** foi de **R\$ 31.145.284,02** (trinta e um milhões, cento e quarenta e cinco mil, duzentos e oitenta quatro reais e dois centavos).

6.1.8 - O Recurso Financeiro aplicado ao **7º Termo Aditivo** foi de **R\$ 224.024,43** (duzentos e vinte e quatro mil, vinte e quatro reais e quarenta e três centavos).

6.1.9 - O Recurso Financeiro aplicado ao **8º Termo Aditivo** foi de **R\$ 596.700,00** (quinhentos e noventa e seis mil, setecentos reais).

6.1.10 - O Recurso Financeiro aplicado ao **9º Termo Aditivo** foi de **R\$ 1.745.235,28** (Um milhão setecentos e quarenta e cinco mil duzentos e trinta e cinco reais e vinte e oito centavos).

6.1.11 - O Recurso Financeiro aplicado ao **10º Termo Aditivo** foi de **R\$ 20.910.944,56** (vinte milhões novecentos dez mil novecentos e quarenta e quatro reais e cinquenta e seis



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

centavos).

6.1.12 - O Recurso Financeiro aplicado ao **11º Termo Aditivo foi de R\$ 44.487.019,60** (quarenta e quatro milhões e quatrocentos e oitenta e sete mil e dezenove reais e sessenta centavos).

6.1.13 - O Recurso Financeiro aplicado ao **12º Termo Aditivo foi de R\$ 1.770.817,20** (um milhão e setecentos e setenta mil e oitocentos e dezessete reais e vinte centavos).

6.1.14 - O Recurso Financeiro aplicado ao **13º Termo Aditivo foi de R\$ 1.642.948,15** (um milhão, seiscentos e quarenta e dois mil, novecentos e quarenta e oito reais e quinze centavos).

6.1.15 - O Recurso Financeiro aplicado ao **14º Termo Aditivo foi de R\$ 505.170,71** (quinhentos e cinco mil, cento e setenta reais e setenta e um centavos).

6.1.16 - O Recurso Financeiro aplicado ao **15º Termo Aditivo foi de R\$ 506.780,08** (quinhentos e seis mil, setecentos e oitenta reais e oito centavos).

6.1.17 - O Recurso Financeiro aplicado ao **16º Termo Aditivo foi de R\$ 8.000.000,00** (oito milhões de reais).

6.1.18 - O Recurso Financeiro aplicado ao **17º Termo Aditivo foi de R\$ 23.228.873,58** (Vinte e Três Milhões e Duzentos e Vinte e Oito Mil e Oitocentos e Setenta e Três Reais e Cinquenta e Oito Centavos).

6.1.19 - O Recurso Financeiro aplicado ao **18º Termo Aditivo foi de R\$ 1.529.365,94** (um milhão, quinhentos e vinte e nove mil, trezentos e sessenta e cinco reais e noventa e quatro centavos).

6.1.20 - O Recurso Financeiro aplicado ao **19º Termo Aditivo foi de R\$ 23.267.888,31** (vinte e três milhões, duzentos e sessenta e sete mil, oitocentos e oitenta e oito reais e trinta e um centavos)

6.1.21 - O Recurso Financeiro aplicado ao **20º Termo Aditivo será R\$ 3.358.900,08** (três



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

milhões trezentos e cinquenta e oito mil e novecentos reais e oito centavos).

6.2 - O detalhamento do repasse a partir da celebração do termo aditivo se dará da seguinte forma:

6.2.1 - Para a execução do convênio de contratualização, a CONVENIENTE receberá recursos financeiros de **R\$ 26.099.917,10** (vinte e seis milhões noventa e nove mil novecentos e dezessete reais e dez centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.

6.2.2- A parcela pré-fixada importa em **R\$ 17.645.413,73** (dezessete milhões seiscentos e quarenta e cinco mil quatrocentos e treze reais e setenta e três 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\$ 14.052.610,71** (quatorze milhões cinquenta e dois mil seiscentos e dez reais e setenta e um centavos), em parcela mensal no mês de junho /2024 Incorporação de Recurso Financeiro referente à PORTARIA GM MS Nº 3.590 DE 18 DE ABRIL DE 2024 - Resolução CIB 096/2024 e PORTARIA GM/MS Nº 4.124 -PISO DA ENFERMAGEM-PARCELA DE 27 DE MAIO DE 2024 – Parcela: **Maio/2024**, Fundamentação Jurídica da Lei 14.434/2022 no valor de **R\$ 8.539.169,03** (oito milhões quinhentos e trinta e nove mil cento e sessenta e nove reais e três centavos), e no mês de julho de 2024 o valor mensal de **R\$ 5.513.441,68** (cinco milhões, quinhentos e treze mil quatrocentos e quarenta e um reais e sessenta e oito centavos), fixo e repassado mensalmente.

6.2.4- Trinta por cento (30%) do componente pré-fixado mensal, que remontam em **R\$ 1.796.401,51** (um milhão, setecentos e noventa e seis mil, quatrocentos e um reais e cinquenta e um centavos), é variável e vinculado ao cumprimento das metas de desempenho discriminadas no Documento Descritivo – DODE, com monitoramento e avaliação quadrimestral.

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



e avaliação quadrimestral, conforme estabelecido no Documento Descritivo.

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

6.2.7 - O componente pós-fixado, que corresponde aos Procedimentos Ambulatoriais de Exames, Terapias, Procedimentos, APAC's, OPME's de Alta Complexidade e Cirurgias Eletivas Extras será repassado ao HOSPITAL, à posteriori, (pós-produção, aprovação, processamento), de acordo com a produção mensal aprovada pela SESA, respeitado o limite do Termo Aditivo do convênio contratualização para esses serviços e, conforme programação disposta no Documento Descritivo, estimando-se no mês de junho de 2024 um valor de **R\$ 3.664.491,41** (três milhões seiscentos e sessenta e quatro mil quatrocentos e noventa e um reais e quarenta e um centavos) e no mês de julho de 2024 um valor de

R\$ 3.997.664,14 (três milhões novecentos e noventa e sete mil seiscentos e sessenta e quatro reais e quatorze 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 mensal de **R\$ 396.173,91** (trezentos e noventa e seis mil e cento e setenta e três reais e noventa e um centavos).

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

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%	MENSAL	JUNHO DE 2024	JULHO DE 2024	TOTAL
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 2.217.220,97	R\$ 2.217.220,97	R\$ 2.217.220,97	R\$ 4.434.441,94
LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- Recurso Estadual	R\$ 562.004,80	R\$ 562.004,80	R\$ 562.004,80	R\$ 1.124.009,60
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 1.412.377,76	R\$ 1.412.377,76	R\$ 1.412.377,76	R\$ 2.824.755,51
INTEGRASUS (Portaria nº 1702 GM/MS de 17/08/04 e Portaria nº 878 GM/MS de 08/05/02) - Recurso Federal	R\$ 31.153,67	R\$ 31.153,67	R\$ 31.153,67	R\$ 62.307,34
FIDEPS (Portaria nº 1702 GM/MS de 17/08/04) - Recurso Federal	R\$ 154.140,00	R\$ 154.140,00	R\$ 154.140,00	R\$ 308.280,00
FIVEH (Portaria nº 2529 GM/MS de 23/11/04) - Recurso Federal	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 10.000,00
IAC (Incentivo de Adesão a Contratualização - Portaria 3.166 de 20 de dezembro de 2013) - Recurso Federal	R\$ 630.329,20	R\$ 630.329,20	R\$ 630.329,20	R\$ 1.260.658,40



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº3162 de 28 de dezembro de 2012) - Recurso Federal	R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 600.000,00
Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº3162 de 28 de dezembro de 2012) Qualificação de 07 leitos de UTI - Recurso Federal	R\$ 61.565,28	R\$ 61.565,28	R\$ 61.565,28	R\$ 123.130,56
Incentivo financeiro de custeio mensal - Residência Médica (Portaria GM/MS Nº 961 de 10 de julho de 2015) - Recurso Federal	R\$ 128.000,00	R\$ 128.000,00	R\$ 128.000,00	R\$ 256.000,00
Incentivo financeiro de custeio mensal - Doenças raras (Portaria nº 3166, de 3 de dezembro de 2019, que Habilita estabelecimentos de saúde como Serviço de Referência em Doenças Raras) - Recurso Federal	R\$ 11.650,00	R\$ 11.650,00	R\$ 11.650,00	R\$ 23.300,00
PORTARIA GM MS Nº 3.590 DE 18 DE ABRIL DE 2024 -Resolução CIB 096/2024- Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 2.500.000,00	R\$ 0,00	R\$ 2.500.000,00
PORTARIA GM/MS Nº 4.124, -RECURSO FEDERAL -PISO DA ENFERMAGEM- PARCELA DE 27 DE MAIO DE 2024.	R\$ 0,00	R\$ 525.727,35	R\$ 0,00	R\$ 525.727,35
SUBTOTAL - Recurso Estadual	R\$ 2.779.225,77	R\$ 2.779.225,77	R\$ 2.779.225,77	R\$ 5.558.451,54
SUBTOTAL - Recurso Federal	R\$ 2.734.215,91	R\$ 5.759.943,26	R\$ 2.734.215,91	R\$ 8.494.159,16
TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 5.513.441,68	R\$ 8.539.169,03	R\$ 5.513.441,68	R\$ 14.052.610,71
PRÉ-FIXADO 30%	MENSAL	JUNHO DE 2024	JULHO DE 2024	TOTAL
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 950.237,56	R\$ 950.237,56	R\$ 950.237,56	R\$ 1.900.475,12
LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- Recurso Estadual	R\$ 240.859,20	R\$ 240.859,20	R\$ 240.859,20	R\$ 481.718,40
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 605.304,75	R\$ 605.304,75	R\$ 605.304,75	R\$ 1.210.609,51
SUBTOTAL - Recurso Estadual	R\$ 1.191.096,76	R\$ 1.191.096,76	R\$ 1.191.096,76	R\$ 2.382.193,52
SUBTOTAL - Recurso Federal	R\$ 605.304,75	R\$ 605.304,75	R\$ 605.304,75	R\$ 1.210.609,51
TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 1.796.401,51	R\$ 1.796.401,51	R\$ 1.796.401,51	R\$ 3.592.803,02
TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL	R\$ 3.970.322,53	R\$ 3.970.322,53	R\$ 3.970.322,53	R\$ 7.940.645,06
TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL	R\$ 3.339.520,66	R\$ 6.365.248,01	R\$ 3.339.520,66	R\$ 9.704.768,67
TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 7.309.843,19	R\$ 10.335.570,54	R\$ 7.309.843,19	R\$ 17.645.413,73
COMPONENTE PÓS-FIXADO	MENSAL	JUNHO DE 2024	JULHO DE 2024	TOTAL
Procedimentos de média e alta complexidade - Recurso Federal	R\$ 1.398.355,90	R\$ 1.398.355,90	R\$ 1.398.355,90	R\$ 2.796.711,80



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

FAEC Ambulatorial- Recurso Federal	R\$ 109.254,43	R\$ 109.254,43	R\$ 109.254,43	R\$ 218.508,86
FAEC Hospitalar- Recurso Federal	R\$ 261.504,08	R\$ 261.504,08	R\$ 261.504,08	R\$ 523.008,16
FAEC DOENÇAS RARAS - Recurso Federal	R\$ 16.000,00	R\$ 16.000,00	R\$ 16.000,00	R\$ 32.000,00
FAEC TRANSPLANTE DE CÓRNEA - Recurso Federal	R\$ 9.415,40	R\$ 9.415,40	R\$ 9.415,40	R\$ 18.830,80
SIH Alta - oftalmologia - Recurso Federal	R\$ 17.769,92	R\$ 17.769,92	R\$ 17.769,92	R\$ 35.539,84
SIH Média- Hospital dia Dermatologia - Recurso Federal	R\$ 5.433,00	R\$ 5.433,00	R\$ 5.433,00	R\$ 10.866,00
SIH Alta- Hospital dia Dermatologia - Recurso Federal	R\$ 18.240,00	R\$ 18.240,00	R\$ 18.240,00	R\$ 36.480,00
Cirurgias Eletivas - Portaria GM/MS nº 2.336, de 12 de dezembro de 2023 - Recurso Federal	R\$ 691.625,14	R\$ 691.625,14	R\$ 691.625,14	R\$ 1.383.250,28
Cirurgias de Endometriose - Portaria GM/MS nº 544, de 3 de maio de 2023 - Recurso Federal	R\$ 333.172,73	R\$ 0,00	R\$ 333.172,73	R\$ 333.172,73
SIA MÉDIA e Alta / SIH alta- oftalmologia (Portaria 126-R/2023) - Recurso Estadual	R\$ 87.820,44	R\$ 87.820,44	R\$ 87.820,44	R\$ 175.640,88
Consultas - Recurso Estadual	R\$ 184.100,00	R\$ 184.100,00	R\$ 184.100,00	R\$ 368.200,00
Exames - Recurso Estadual	R\$ 243.730,68	R\$ 243.730,68	R\$ 243.730,68	R\$ 487.461,36
OPME's Alta complexidade - Recurso Estadual	R\$ 307.241,67	R\$ 307.241,67	R\$ 307.241,67	R\$ 614.483,34
OPME's Não padronizadas na tabela SUS – via portaria nº 061-R, 31/07/2023- Recurso Estadual	R\$ 710.174,66	R\$ 710.174,66	R\$ 710.174,66	R\$ 1.420.349,32
TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL	R\$ 2.860.770,60	R\$ 2.527.597,87	R\$ 2.860.770,60	R\$ 5.388.368,47
TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL	R\$ 1.533.067,45	R\$ 1.533.067,45	R\$ 1.533.067,45	R\$ 3.066.134,90
TOTAL PÓS-FIXADO - FEDERAL + ESTADUAL	R\$ 4.393.838,05	R\$ 4.060.665,32	R\$ 4.393.838,05	R\$ 8.454.503,37
TOTAL FEDERAL	R\$ 6.200.291,26	R\$ 8.892.845,88	R\$ 6.200.291,26	R\$ 15.093.137,14
TOTAL ESTADUAL	R\$ 5.503.389,98	R\$ 5.503.389,98	R\$ 5.503.389,98	R\$ 11.006.779,96
TOTAL DO CONVÊNIO	R\$ 11.703.681,24	R\$ 14.396.235,86	R\$ 11.703.681,24	R\$ 26.099.917,10
VALOR DO ADITIVO				R\$ 3.358.900,08



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, de juho de 2024

CONCEDENTE:

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

CONVENENTE:

MARIA DA PENHA RODRIGUES D'ÁVILA
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

TESTEMUNHAS:

1ª) _____
CPF:

2ª) _____
CPF:



DECLARAÇÃO

Declaro, sob minha responsabilidade e em consonância com as disposições legais, que o **20º Termo Aditivo ao Convênio nº. 006/2022** 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 **20º Termo Aditivo ao Convênio nº. 006/2022** correrá à conta do orçamento do Fundo Estadual de Saúde da CONCEDENTE conforme especificado abaixo:

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

UG: 440.901

Gestão: 44901

Natureza de Despesa: 3.3.50.43.00

Fonte de recursos: 1500100200 e/ou 1600000000 e/ou 2659000009 e/ou 2659000010 e/ou 2659000011 e/ou 2659000015 e/ou 1600311000 e/ou 1605000000 e ou 2605000000 e/ou 2600000000 e/ou 2500000000.

Vitória/ES, de junho de 2024

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

ANEXO I

DOCUMENTO DESCRITIVO – 20º TERMO ADITIVO HOSPITAL IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 006/2022

PROCESSO E-DOCS: 2022-R4V0D

PERÍODO DE VIGÊNCIA: 06/2024 a 07/2024

ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

PROVEDORA

Maria da Penha Rodrigues D'Ávila

DIRETOR TÉCNICO

Dr. Thiago RampazzoPancini

DIRETOR CLÍNICO

Dra. Rosane Ernestina Mageste

DIRETOR ADMINISTRATIVO

Fabício Gaede

DIRETOR OPERACIONAL

Gilson da Silva Amorim

SUMÁRIO

I – IDENTIFICAÇÃO.....	04
II – CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL.....	05
III – CNES	06
IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS	06
V – PERFIL ASSISTENCIAL.....	07
VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS	11
VII – ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS	12
VIII – METAS ASSISTENCIAIS	12
IX – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE NÍVEL AMBULATORIAL.....	13
X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO.....	15
XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS.	19
APROVAÇÃO	20
ANEXOS	21

I - IDENTIFICAÇÃO

Conveniente			CNPJ	
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória			28.141.190/0001-86	
Endereço		Município	UF	CEP
Rua Dr. João dos Santos Neves, 143 – Vila Rubim		Vitória	ES	29018-180
Macrorregião	Microrregião	SRS	CNES	
Centro Vitória	Vitória	Vitória	0011746	
Telefone	Fax	E-mail		
(27) 3312-7200	(27) 3222-8583	provedoria@santacasavitoria.org		
Nome do Responsável				
Maria da Penha Rodrigues D'Ávila				
CPF	Função	Período de vigência		
557.761.677-87	Provedoria			
CI	Órgão expedidor	06/2024 a 07/2024		
217.892	SSP ES			
Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.				
Banco	Agência	Conta Corrente	Praça	
Banestes	103	3524144-7	Vitória – Parque Moscoso	
Banco	Agência	Conta Corrente – Exclusiva para Piso salarial enfermagem	Praça	
Banestes	103	37435039	Vitória – Parque Moscoso	

Missão
Fazer a diferença na vida das pessoas promovendo com qualidade a saúde e a educação.
Visão
Ser reconhecido até 2023 como uma instituição que promove o amor ao próximo, com gestão sustentável, resultados clínicos eficazes e geração de conhecimento.
Valores
Respeito às pessoas; Transparência; Competência; Tradição com inovação; Solidariedade; Sustentabilidade.
Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:
O HSCMV é caracterizado como Hospital Geral com Especialidades Clínicas, Cirúrgicas e Ginecológicas. Atende prioritariamente o público adulto e do Sistema Único de Saúde (100% consultas ambulatoriais e 92% dos leitos). A base da assistência à saúde é fundamentada no ensino e pesquisa, uma vez que a instituição é Hospital-Escola.
Área de Abrangência
O HSCMV é referência estadual macrocentro, entretanto recebe pacientes dos demais municípios do Estado do Espírito Santo, Sul da Bahia, Leste de Minas Gerais, Norte do Rio de Janeiro e de outros estados.

II - CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

Tipo de Estabelecimento	☒ Geral ☐ Especializado		
Natureza	☐ Público ☒ Filantrópico ☐ Privado		
Número de Leitos - CNES	Geral: 189 SUS: 185		
Número de Leitos Complementar (UTI) - CNES	Geral: 28 SUS: 23		
Tipo de Leitos de UTI SUS	☒ Adulto ☐ Pediátrico ☐ Neonatal ☐ UCO ☐ Isolamento		
Serviço de Urgência e Emergência	☒ Sim ☐ Não ☒ Porta Aberta – 10 LEITOS SALA VERMELHA ☐ Referenciado		
Serviço de Maternidade	☐ Sim ☒ Não Se sim, habilitado-GAR ☐ Sim ☐ Não		
Habilitação em Alta Complexidade	☒ Sim ☐ Não Quais: Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia / Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular.		
Inserção nas Redes de Atenção a Saúde	☒ Sim ☐ Não Se sim, quais. Urgência e Emergência.		
Classificação do Porte Hospitalar	☒ Estruturante ☐ Estratégico ☐ Apoio e/ou Maternidade ☐ Apoio – Potencial Cirurgias Eletivas		

III – CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES

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

IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este Documento Descritivo foi elaborado com o objetivo de formalizar a parceria para realização de serviços, ações e atividades de saúde no âmbito da Portaria MS 3410/2013 em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS/ES e, a Política Estadual de Contratualização definida pela Portaria Estadual 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 Inter gestores 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 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	65
Clínica Cirúrgica– Enfermaria Adulto	69
Clínica Cirúrgica Ortopédica – Enfermaria	28
UTI Adulto	13
UTI Coronariano (UCO)	10
TOTAL	185

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

8.2- Atendimento à Urgências

8.2.1 Sala Vermelha

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

TIPO DE LEITO	Nº LEITOS
U/E Sala Vermelha	10

IX – 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

Ambulatório Especializado	Oferta Mensal Contratual
Consulta em buco maxilo adulto	112
Consulta em cardiologia adulto alta complexidade	430
Consulta em cardiologia arritmologia	91
Consulta em cirurgia cardíaca adulto	152
Consulta em cirurgia da cabeça e pescoço adulto (onco)	49
Consulta em cirurgia geral adulto alta complexidade	450
Consulta em cirurgia oncológica	144
Consulta em cirurgia ginecológica adulto	106
Consulta em ginecologia climatério	15
Consulta em ginecologia colposcopia	76
Consulta em ginecologia infertilidade	46
Consulta em ginecologia patologia da vulva	53
Consulta em ginecologia oncológica	23
Consulta em uroginecologia	53
Consulta em mastologia adulto	37
Consulta em mastologia oncológica	95
Consulta em cirurgia torácica adulto	8
Consulta em cirurgia torácica oncológica adulto	10
Consulta em cirurgia urológica adulto	220
Consulta em urologia oncológica	42
Consulta em cirurgia vascular adulto	321
Consulta em dermatologia adulto	1155
Consulta em infectologia adulto	131
Consulta em oftalmologia adulto	40
Consulta em oftalmologia catarata	2016
Consulta em oftalmologia glaucoma adulto	50
Consulta em oncologia santa casa	889
Consulta em hematologia oncológica	148
Consulta em ortopedia coluna adulto	361
Consulta em ortopedia joelho adulto	414
Consulta em ortopedia mão adulto	68
Consulta em ortopedia ombro adulto	255
Consulta em ortopedia quadril adulto	231
Consulta em cirurgia plástica lipodistrofia	40

Consulta em cirurgia plástica oncológica	46
Consulta em endocrinologia	144
Consulta em neurologia	104
Consulta em nefrologia	48
Consulta em hematologia	56
Consulta em proctologia	100
Consulta em otorrinolaringologia	24
Consulta em gastroenterologia	128
Consulta em pneumologia	96
Consulta em geriatria	128
TOTAL	9205

9.2 - SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

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

TIPO DE EXAME	QUANTIDADE MÊS
Coleta de material	121
Diagnóstico em laboratório clínico	5673
Diagnóstico por anatomia patológica e Citopatologia	801
Diagnóstico por radiologia	1177
Diagnóstico por ultrassonografia	958
Diagnóstico por endoscopia	441
Métodos diagnósticos em especialidades	3503
Diagnostico e Procedimentos Especiais em Hemoterapia	28
Diagnostico por Teste Rápido	09

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

10.1 - CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS METAS

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

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

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

10.2 INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO HOSPITALAR GERAL

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

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

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 a manutenção da Certificação alcançada, conforme abaixo: Hospitais Estruturantes: ONA nível 1 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; - 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).	10,0
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	5,0

	Saúde; -Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos; -Prevenção de Quedas.	
4. EXPERIÊNCIADOUSUÁRIO		5,0
4.1. ExperienciadoUsuário, ou Pesquisaavaliada prioritariamentepela metodologia doNPS (Net Promoter Score).	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 s monitorada.	5,0
5. ACESSO AOSISTEMA		45,0
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. TempodeRegulação	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 no sistema de regulação.	10,0
5.5 . Acesso aos Exames Especializada	100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas no sistema de regulação.	10,0
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.EFICIÊNCIANO USODO 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 da 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
TOTAL		100,0

XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL				
PRÉ-FIXADO 70%	MENSAL	JUNHO DE 2024	JULHO DE 2024	TOTAL
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 2.217.220,97	R\$ 2.217.220,97	R\$ 2.217.220,97	R\$ 4.434.441,94
LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- Recurso Estadual	R\$ 562.004,80	R\$ 562.004,80	R\$ 562.004,80	R\$ 1.124.009,60
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 1.412.377,76	R\$ 1.412.377,76	R\$ 1.412.377,76	R\$ 2.824.755,51
INTEGRASUS (Portaria nº 1702 GM/MS de 17/08/04 e Portaria nº 878 GM/MS de 08/05/02) - Recurso Federal	R\$ 31.153,67	R\$ 31.153,67	R\$ 31.153,67	R\$ 62.307,34
FIDEPS (Portaria nº 1702 GM/MS de 17/08/04) - Recurso Federal	R\$ 154.140,00	R\$ 154.140,00	R\$ 154.140,00	R\$ 308.280,00
FIVEH (Portaria nº 2529 GM/MS de 23/11/04) - Recurso Federal	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 10.000,00
IAC (Incentivo de Adesão a Contratualização - Portaria 3.166 de 20 de dezembro de 2013) - Recurso Federal	R\$ 630.329,20	R\$ 630.329,20	R\$ 630.329,20	R\$ 1.260.658,40
Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº3162 de 28 de dezembro de 2012) - Recurso Federal	R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 300.000,00	R\$ 600.000,00
Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº3162 de 28 de dezembro de 2012) Qualificação de 07 leitos de UTI - Recurso Federal	R\$ 61.565,28	R\$ 61.565,28	R\$ 61.565,28	R\$ 123.130,56
Incentivo financeiro de custeio mensal - Residência Médica (Portaria GM/MS Nº 961 de 10 de julho de 2015) - Recurso Federal	R\$ 128.000,00	R\$ 128.000,00	R\$ 128.000,00	R\$ 256.000,00

Incentivo financeiro de custeio mensal - Doenças raras (Portaria nº 3166, de 3 de dezembro de 2019, que Habilita estabelecimentos de saúde como Serviço de Referência em Doenças Raras) - Recurso Federal	R\$ 11.650,00	R\$ 11.650,00	R\$ 11.650,00	R\$ 23.300,00
PORTARIA GM MS Nº 3.590 DE 18 DE ABRIL DE 2024 -Resolução CIB 096/2024- Recurso Federal	R\$ 0,00	R\$ 2.500.000,00	R\$ 0,00	R\$ 2.500.000,00
PORTARIA GM/MS Nº 4.124, -RECURSO FEDERAL -PISO DA ENFERMAGEM- PARCELA DE 27 DE MAIO DE 2024.	R\$ 0,00	R\$ 525.727,35	R\$ 0,00	R\$ 525.727,35
SUBTOTAL - Recurso Estadual	R\$ 2.779.225,77	R\$ 2.779.225,77	R\$ 2.779.225,77	R\$ 5.558.451,54
SUBTOTAL - Recurso Federal	R\$ 2.734.215,91	R\$ 5.759.943,26	R\$ 2.734.215,91	R\$ 8.494.159,16
TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 5.513.441,68	R\$ 8.539.169,03	R\$ 5.513.441,68	R\$ 14.052.610,71
PRÉ-FIXADO 30%	MENSAL	JUNHO DE 2024	JULHO DE 2024	TOTAL
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Estadual	R\$ 950.237,56	R\$ 950.237,56	R\$ 950.237,56	R\$ 1.900.475,12
LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- Recurso Estadual	R\$ 240.859,20	R\$ 240.859,20	R\$ 240.859,20	R\$ 481.718,40
LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - Recurso Federal	R\$ 605.304,75	R\$ 605.304,75	R\$ 605.304,75	R\$ 1.210.609,51
SUBTOTAL - Recurso Estadual	R\$ 1.191.096,76	R\$ 1.191.096,76	R\$ 1.191.096,76	R\$ 2.382.193,52
SUBTOTAL - Recurso Federal	R\$ 605.304,75	R\$ 605.304,75	R\$ 605.304,75	R\$ 1.210.609,51
TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 1.796.401,51	R\$ 1.796.401,51	R\$ 1.796.401,51	R\$ 3.592.803,02
TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL	R\$ 3.970.322,53	R\$ 3.970.322,53	R\$ 3.970.322,53	R\$ 7.940.645,06
TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL	R\$ 3.339.520,66	R\$ 6.365.248,01	R\$ 3.339.520,66	R\$ 9.704.768,67
TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL	R\$ 7.309.843,19	R\$ 10.335.570,54	R\$ 7.309.843,19	R\$ 17.645.413,73
COMPONENTE PÓS-FIXADO	MENSAL	JUNHO DE 2024	JULHO DE 2024	TOTAL
Procedimentos de média e alta complexidade - Recurso Federal	R\$ 1.398.355,90	R\$ 1.398.355,90	R\$ 1.398.355,90	R\$ 2.796.711,80
FAEC Ambulatorial- Recurso Federal	R\$ 109.254,43	R\$ 109.254,43	R\$ 109.254,43	R\$ 218.508,86
FAEC Hospitalar- Recurso Federal	R\$ 261.504,08	R\$ 261.504,08	R\$ 261.504,08	R\$ 523.008,16
FAEC DOENÇAS RARAS - Recurso Federal	R\$ 16.000,00	R\$ 16.000,00	R\$ 16.000,00	R\$ 32.000,00
FAEC TRANSPLANTE DE CÓRNEA - Recurso Federal	R\$ 9.415,40	R\$ 9.415,40	R\$ 9.415,40	R\$ 18.830,80

SIH Alta - oftalmologia - Recurso Federal	R\$ 17.769,92	R\$ 17.769,92	R\$ 17.769,92	R\$ 35.539,84
SIH Média- Hospital dia Dermatologia - Recurso Federal	R\$ 5.433,00	R\$ 5.433,00	R\$ 5.433,00	R\$ 10.866,00
SIH Alta- Hospital dia Dermatologia - Recurso Federal	R\$ 18.240,00	R\$ 18.240,00	R\$ 18.240,00	R\$ 36.480,00
Cirurgias Eletivas - Portaria GM/MS nº 2.336, de 12 de dezembro de 2023 - Recurso Federal	R\$ 691.625,14	R\$ 691.625,14	R\$ 691.625,14	R\$ 1.383.250,28
Cirurgias de Endometriose - Portaria GM/MS nº 544, de 3 de maio de 2023 - Recurso Federal	R\$ 333.172,73	R\$ 0,00	R\$ 333.172,73	R\$ 333.172,73
SIA MÉDIA e Alta / SIH alta- oftalmologia (Portaria 126-R/2023) - Recurso Estadual	R\$ 87.820,44	R\$ 87.820,44	R\$ 87.820,44	R\$ 175.640,88
Consultas - Recurso Estadual	R\$ 184.100,00	R\$ 184.100,00	R\$ 184.100,00	R\$ 368.200,00
Exames - Recurso Estadual	R\$ 243.730,68	R\$ 243.730,68	R\$ 243.730,68	R\$ 487.461,36
OPME's Alta complexidade - Recurso Estadual	R\$ 307.241,67	R\$ 307.241,67	R\$ 307.241,67	R\$ 614.483,34
OPME's Não padronizadas na tabela SUS – via portaria nº 061-R, 31/07/2023- Recurso Estadual	R\$ 710.174,66	R\$ 710.174,66	R\$ 710.174,66	R\$ 1.420.349,32
TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL	R\$ 2.860.770,60	R\$ 2.527.597,87	R\$ 2.860.770,60	R\$ 5.388.368,47
TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL	R\$ 1.533.067,45	R\$ 1.533.067,45	R\$ 1.533.067,45	R\$ 3.066.134,90
TOTAL PÓS-FIXADO - FEDERAL + ESTADUAL	R\$ 4.393.838,05	R\$ 4.060.665,32	R\$ 4.393.838,05	R\$ 8.454.503,37
TOTAL FEDERAL	R\$ 6.200.291,26	R\$ 8.892.845,88	R\$ 6.200.291,26	R\$ 15.093.137,14
TOTAL ESTADUAL	R\$ 5.503.389,98	R\$ 5.503.389,98	R\$ 5.503.389,98	R\$ 11.006.779,96
TOTAL DO CONVÊNIO	R\$ 11.703.681,24	R\$ 14.396.235,86	R\$ 11.703.681,24	R\$ 26.099.917,10
VALOR DO ADITIVO				R\$ 3.358.900,08

APROVAÇÃO

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de **R\$ 26.099.917,10**(vinte e seis milhões noventa e nove mil novecentos e dezessete reais e dez centavos).

Assinatura e carimbo da Concedente

Nome: **ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**

CPF: 926.326.297-72

Assinatura

Assinatura e carimbo da Convenente

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

CI: 217.892 - Órgão Expedidor: SSP - ES

CPF: 557.761.677-87

Assinatura

Vitória/ES, de Junho de 2024

ANEXOS

ANEXO A: ATIVIDADES E SERVIÇOS PACTUADOS

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

ANEXO C- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE – CNES

ANEXO D - PLANO DE TRABALHO

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

RECURSO ESTADUAL/FEDERAL				
Tipo de leitos	Nº leitos	Quant. De diárias/mês	Valor diária de leito	Valor total mensal
Clínica Médica – Enfermaria Adulto	65	1778,4	R\$ 875,00	R\$ 1.556.100,00
Clínica Cirúrgica – Enfermaria Adulto	69	1782,96	R\$ 977,00	R\$ 1.741.951,92
Clínica Cirúrgica Ortopédica – Enfermaria	28	723,52	R\$ 1.286,00	R\$ 930.446,72
UTI Adulto	13	355,68	R\$ 1.385,00	R\$ 492.616,80
UTI Coronariano (UCO)	10	273,6	R\$ 1.696,00	R\$ 464.025,60
TOTAL	185			R\$ 5.185.141,04

Tipo de leitos	Nº leitos	Quant. De diárias/mês	Valor diária de leito	Valor total mensal
U/E Sala Vermelha	10	152	R\$ 2.641,00	R\$ 802.864,00
TOTAL	10		R\$ 2.641,00	R\$802.864,00

TOTAL GERAL DE LEITOS	195			R\$ 5.988.005,04
------------------------------	------------	--	--	-------------------------

CONSULTAS

Valor unitário estabelecido pela Portaria SESA nº083-R de 01/10/2019.

RECURSO ESTADUAL							
Ambulatório Especializado	Oferta Mensal Contratual	Quantidade 1º Vez (Acesso)	Quantidade autogestão (retorno)	Tabela Sigtap - Valor Unitário	Tabela Sigtap - Valor Total	Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Unitário	Complementação - Tabela SUS Capixaba - Valor Total
Consulta em buco maxilo adulto	112	26	86	R\$ 10,00	R\$ 1.120,00	R\$ 20,00	R\$ 2.240,00
Consulta em cardiologia adulto alta complexidade	430	48	382	R\$ 10,00	R\$ 4.300,00	R\$ 20,00	R\$ 8.600,00
Consulta em cardiologia arritmologia	91	15	76	R\$ 10,00	R\$ 910,00	R\$ 20,00	R\$ 1.820,00
Consulta em cirurgia cardíaca adulto	152	76	76	R\$ 10,00	R\$ 1.520,00	R\$ 20,00	R\$ 3.040,00
Consulta em cirurgia da cabeça e pescoço adulto (onco)	49	11	38	R\$ 10,00	R\$ 490,00	R\$ 20,00	R\$ 980,00
Consulta em cirurgia geral adulto alta complexidade	450	100	350	R\$ 10,00	R\$ 4.500,00	R\$ 20,00	R\$ 9.000,00
Consulta em cirurgia oncológica	144	30	114	R\$ 10,00	R\$ 1.440,00	R\$ 20,00	R\$ 2.880,00
Consulta em cirurgia ginecológica adulto	106	19	87	R\$ 10,00	R\$ 1.060,00	R\$ 20,00	R\$ 2.120,00
Consulta em ginecologia climatério	15	9	6	R\$ 10,00	R\$ 150,00	R\$ 20,00	R\$ 300,00
Consulta em ginecologia colposcopia	76	19	57	R\$ 10,00	R\$ 760,00	R\$ 20,00	R\$ 1.520,00
Consulta em ginecologia infertilidade	46	19	27	R\$ 10,00	R\$ 460,00	R\$ 20,00	R\$ 920,00
Consulta em ginecologia patologia da vulva	53	15	38	R\$ 10,00	R\$ 530,00	R\$ 20,00	R\$ 1.060,00
Consulta em ginecologia oncológica	23	0	23	R\$ 10,00	R\$ 230,00	R\$ 20,00	R\$ 460,00
Consulta em uroginecologia	53	15	38	R\$ 10,00	R\$ 530,00	R\$ 20,00	R\$ 1.060,00
Consulta em mastologia adulto	37	22	15	R\$ 10,00	R\$ 370,00	R\$ 20,00	R\$ 740,00

Consulta em mastologia oncologia	95	38	57	R\$ 10,00	R\$ 950,00	R\$ 20,00	R\$ 1.900,00
Consulta em cirurgia torácica adulto	8	2	6	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 20,00	R\$ 160,00
Consulta em cirurgia torácica oncológica adulto	10	3	7	R\$ 10,00	R\$ 100,00	R\$ 20,00	R\$ 200,00
Consulta em cirurgia urológica adulto	220	70	150	R\$ 10,00	R\$ 2.200,00	R\$ 20,00	R\$ 4.400,00
Consulta em urologia oncológica	42	2	40	R\$ 10,00	R\$ 420,00	R\$ 20,00	R\$ 840,00
Consulta em cirurgia vascular adulto	321	117	204	R\$ 10,00	R\$ 3.210,00	R\$ 20,00	R\$ 6.420,00
Consulta em dermatologia adulto	1155	363	792	R\$ 10,00	R\$ 11.550,00	R\$ 20,00	R\$ 23.100,00
Consulta em infectologia adulto	131	19	112	R\$ 10,00	R\$ 1.310,00	R\$ 20,00	R\$ 2.620,00
Consulta em oftalmologia adulto	40	40	0	R\$ 10,00	R\$ 400,00	R\$ 20,00	R\$ 800,00
Consulta em oftalmologia catarata	2016	200	1816	R\$ 10,00	R\$ 20.160,00	R\$ 20,00	R\$ 40.320,00
Consulta em oftalmologia glaucoma adulto	50	15	35	R\$ 10,00	R\$ 500,00	R\$ 20,00	R\$ 1.000,00
Consulta em oncologia santa casa	889	19	870	R\$ 10,00	R\$ 8.890,00	R\$ 20,00	R\$ 17.780,00
Consulta em hematologia oncológica	148	11	137	R\$ 10,00	R\$ 1.480,00	R\$ 20,00	R\$ 2.960,00
Consulta em ortopedia coluna adulto	361	114	247	R\$ 10,00	R\$ 3.610,00	R\$ 20,00	R\$ 7.220,00
Consulta em ortopedia joelho adulto	414	114	300	R\$ 10,00	R\$ 4.140,00	R\$ 20,00	R\$ 8.280,00
Consulta em ortopedia mão adulto	68	19	49	R\$ 10,00	R\$ 680,00	R\$ 20,00	R\$ 1.360,00
Consulta em ortopedia ombro adulto	255	114	141	R\$ 10,00	R\$ 2.550,00	R\$ 20,00	R\$ 5.100,00
Consulta em ortopedia quadril adulto	231	68	163	R\$ 10,00	R\$ 2.310,00	R\$ 20,00	R\$ 4.620,00
Consulta em cirurgia plástica lipodistrofia	40	20	20	R\$ 10,00	R\$ 400,00	R\$ 20,00	R\$ 800,00
Consulta em cirurgia plástica oncológica	46	0	46	R\$ 10,00	R\$ 460,00	R\$ 20,00	R\$ 920,00
Consulta em endocrinologia	144	0	144	R\$ 10,00	R\$ 1.440,00	R\$ 20,00	R\$ 2.880,00
Consulta em neurologia	104	0	104	R\$ 10,00	R\$ 1.040,00	R\$ 20,00	R\$ 2.080,00
Consulta em nefrologia	48	0	48	R\$ 10,00	R\$ 480,00	R\$ 20,00	R\$ 960,00
Consulta em hematologia	56	0	56	R\$ 10,00	R\$ 560,00	R\$ 20,00	R\$ 1.120,00
Consulta em proctologia	100	0	100	R\$ 10,00	R\$ 1.000,00	R\$ 20,00	R\$ 2.000,00
Consulta em otorrinolaringologia	24	0	24	R\$ 10,00	R\$ 240,00	R\$ 20,00	R\$ 480,00
Consulta em gastroenterologia	128	0	128	R\$ 10,00	R\$ 1.280,00	R\$ 20,00	R\$ 2.560,00
Consulta em pneumologia	96	0	96	R\$ 10,00	R\$ 960,00	R\$ 20,00	R\$ 1.920,00

Consulta em geriatria	128	0	128	R\$ 10,00	R\$ 1.280,00	R\$ 20,00	R\$ 2.560,00
TOTAL	9205	1772	7433				R\$ 184.100,00
Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.							

EXAMES

Valores unitários estabelecidos pela Portaria Estadual nº015-R, de 07/02/2020 - Tabela SUS capixaba

RECURSO ESTADUAL								
Ambulatório Especializado	Código do Procedimento / Forma Organizacional	Oferta Mensal Contratual	Quantidade e 1º Vez (Acesso)	Quantidade autogestão (retorno)	Valor Unitário Tabela SUS	Valor Unitário Tabela SUS Capixaba	Valor Unitário Diferença Tabela	Valor Complemento o Mês R\$
Biopsia de próstata	02.01.01.041-0	50	40	10	R\$ 202,81	R\$ 257,50	R\$ 54,69	R\$ 2.734,50
Desnsitometria	02.04.06.002-8	100	70	30	R\$ 55,10	R\$ 57,53	R\$ 2,43	R\$ 243,00
Ultrassonografia doppler	02.05.01.004-0	300	110	190	R\$ 39,60	R\$ 125,00	R\$ 85,40	R\$ 25.620,00
Ecocardiografia trans torácica	02.05.01.003-2	145	73	72	R\$ 67,86	R\$ 125,00	R\$ 57,14	R\$ 8.285,30
Ecocardiografia de Estresse Adulto	02.05.01.001-6	10	4	6	R\$ 165,00	R\$ 350,00	R\$ 185,00	R\$ 1.850,00
GRUPO Ultrassonografia	02.05.02	500	0	500	R\$ 24,20	R\$ 48,40	R\$ 24,20	R\$ 12.100,00
Colonoscopia	02.09.01.002-9	180	120	60	R\$ 112,66	R\$ 335,80	R\$ 223,14	R\$ 40.165,20
Endoscopia Digestiva Alta adulto	02.09.01.003-7	230	160	70	R\$ 48,16	R\$ 147,50	R\$ 99,34	R\$ 22.848,20

Teste de esforço ou teste ergométrico	02.11.02.006-0	80	56	24	R\$ 30,00	R\$ 91,25	R\$ 61,25	R\$ 4.900,00
Holter 24 horas	02.11.02.004-4	30	16	14	R\$ 30,00	R\$ 102,20	R\$ 72,20	R\$ 2.166,00
Retinografia Colorida Binocular	02.11.06.017-8	30	0	30	R\$ 24,68	R\$ 60,00	R\$ 35,32	R\$ 1.059,60
Tomografia de coerência óptica	02.11.06.028-3	50	30	20	R\$ 48,00	R\$ 192,54	R\$ 144,54	R\$ 7.227,00
Espirometria	02.11.08.005-5	152	90	62	R\$ 6,36	R\$ 70,00	R\$ 63,64	R\$ 9.673,28
Estudo urodinâmico	02.11.09.001-8	70	42	28	R\$ 7,62	R\$ 312,50	R\$ 304,88	R\$ 21.341,60
		1927	811	1116				R\$ 160.213,68

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

SIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE

RECURSO FEDERAL							
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/ mês	Valor Unitário	Valor/mês	Quantidade 1º Vez (Acesso)	Quantidade autogestão (retorno)
02- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	01-Coleta de material	01-Coleta de material p/ meio de punção/biópsia	57	R\$ 29,60	R\$ 1.687,20	0	57
		01-Coleta de material p/ meio de punção/biópsia de pele	4	R\$ 29,60	R\$ 118,40	0	4
		Punção de Biópsia de Próstata Transretal 02.01.01.041-0	50	R\$ 202,81	R\$ 10.140,50	40	10

		Punção de Mama por agulha grossa 02.01.01.060-7	10	R\$ 140,00	R\$ 1.400,00	0	10
	02-Diagnóstico em Laboratório Clínico	Exames Bioquímicos	3.308	R\$ 4,36	R\$ 14.422,88	0	3.308
		02-Exames Hematológicos e hemostasia	1.046	R\$ 3,45	R\$ 3.608,70	0	1.046
		Imunofenotipagem de Hemopatias Malignas (por marcador) 02.02.03.023-7	13	R\$ 80,00	R\$ 1.040,00	0	13
		03-Exames Sorológicos e Imunológicos	642	R\$ 14,88	R\$ 9.552,96	0	642
		04-Exames Coprológicos	9	R\$ 1,65	R\$ 14,85	0	9
		05-Exames de Uroanálise	299	R\$ 3,85	R\$ 1.151,15	0	299
		06-Exames Hormonais	29	R\$ 13,20	R\$ 382,80	0	29
		08-Exames Microbiológicos	146	R\$ 7,28	R\$ 1.062,88	0	146
		09-Exames em outros Líquidos Biológicos	146	R\$ 5,23	R\$ 763,58	0	146
		10-Exames de Genética	5	R\$ 32,48	R\$ 162,40	0	5
		Determinação de cariótipo em medula óssea e vilosidades carionicas (c/ técnica de bandas) - Cariótipo 02.02.10.002-2	0	R\$ 160,00	R\$ 0,00	0	0
		Diagnóstico de leucemia cromossoma philadelphia positivo por técnica molecular 02.02.10.021-9	0	R\$ 144,24	R\$ 0,00	0	0
		Reavaliação diagnóstica de leucemia cromossoma philadelphia positivo por técnica molecular 02.02.10.022-7	0	R\$ 168,48	R\$ 0,00	0	0
		Quantificação/ Amplificação do HER-2 (FISH) 02.02.10.004-9	30	R\$ 1,83	R\$ 54,90	0	30

03-Diagnóstico por Anatomia patológica	01-Exame de citologia(Exceto Cervico-Vaginal e de Mama) 020301003-5	235	R\$ 20,96	R\$ 4.925,60	0	235
	Exame citopatológico Cervico - Vaginal/ Microflora 020301001-9	31	R\$ 13,72	R\$ 425,32	0	31
	Exame citopatológico Cervico - Vaginal/ Microflorarastreamento 020301008-6	82	R\$ 14,37	R\$ 1.178,34	0	82
	Exame citopatológico de mama 02.03.01.004-3	2	R\$ 35,34	R\$ 70,68	0	2
	Determinação de receptores tumorais hormonais 02.03.02.001-4	65	R\$ 93,67	R\$ 6.088,55	0	65
	Exame Anatomo-Patológico do colo uterino - Peça cirurgica 03.03.02.002-2	1	R\$ 61,77	R\$ 61,77	0	1
	Exame anatomo-Patológico para congelamento/ Parafina por peça cirurgica ou por biopsia (Exceto colo uterino e mama 02.03.02.003-0	348	R\$ 40,78	R\$ 14.191,44	0	348
	Imunohistoquímica de neoplasias malignas (por marcador) 02.03.02.004-9	20	R\$ 131,52	R\$ 2.630,40	0	20
	Exame anátomopatológico de Mama - Biopsia 02.03.02.006-5	10	R\$ 45,83	R\$ 458,30	0	10
	Exame anátomopatológico de Mama - Peça Cirurgica 02.03.02.007-3	3	R\$ 61,77	R\$ 185,31	0	3
	Exame anátomo-Patológico de Colo Uterino - Biopsia 02.03.02.008-1	4	R\$ 40,78	R\$ 163,12	0	4
04- Diagnostico por Radiologia	01-Exames radiologicos da Cabeça e pescoço	5	R\$ 7,77	R\$ 38,85	0	5

		02-Exames Radiologicos da Coluna Vertebral	72	R\$ 11,78	R\$ 848,16	0	72
		03-Exames Radiologicos do Torax e mediastino	172	R\$ 9,13	R\$ 1.570,36	0	172
		03- Mamografia Bilateral por rastreamento	450	R\$ 45,00	R\$ 20.250,00	0	450
		03-Marcação pré-cirurgica de lesão de mama associada a mamografia	42	R\$ 62,50	R\$ 2.625,00	0	42
		03- Mamografia Diagnóstica	22	R\$ 22,50	R\$ 495,00	0	22
		03- Marcação Pré cirúrgica de lesão não palpavel de mama associada a mamografia	5	R\$ 62,50	R\$ 312,50	0	5
		04-Exames Radiologicos da Cintura Escapular e dos membros Superiores	31	R\$ 6,87	R\$ 212,97	0	31
		05-Exames Radiológicos do Abdome e Pelve	94	R\$ 14,58	R\$ 1.370,52	0	94
		06-Exames Radiologicos da Cintuta Pelvica e dos Membros Inferiores	284	R\$ 7,38	R\$ 2.095,92	0	284
	05-Diagnóstico por Ultrassonografia	01-Ultra-sonografia Sistemas circul	145	R\$ 67,86	R\$ 9.839,70	73	72
		01-Sistema circulat Doppler de vasos	300	R\$ 39,60	R\$ 11.880,00	210	90
		02-Ultra-sonografia dos demais Sistemas	500	R\$ 24,20	R\$ 12.100,00	0	500
		02-Marcação de lesão pré-cirúrgica de lesão não palpavel de mama associada a ultrassonografia 02.05.02.019-4	13	R\$ 25,43	R\$ 330,59	0	13
	09-Diagnostico por Endoscopia	01-Aparelho Digestivo (esofagogastroduodenoscopia)	230	R\$ 48,16	R\$ 11.076,80	160	70

		01-Aparelho Digestivo (retossigmoidoscopia/anuscopia)	10	R\$ 23,13	R\$ 231,30	7	3
		01-Aparelho Digestivo (colonoscopia)	180	R\$ 112,66	R\$ 20.278,80	120	60
		04-Laringoscopia 02.09.04.002-5	20	R\$ 47,14	R\$ 942,80	0	20
		04-Broncoscopia	1	R\$ 36,02	R\$ 36,02	0	1
	11-Metodos Diagnosticos em Especialidades	02-Diagnostico em cardiologia/Eletrocardiograma	315	R\$ 5,15	R\$ 1.622,25	0	315
		02-Teste Ergometrico	80	R\$ 30,00	R\$ 2.400,00	56	24
		02-Holter	30	R\$ 30,00	R\$ 900,00	16	14
		02-Monitorização ambulatorial de pressão arterial M.A.P.A	16	R\$ 10,07	R\$ 161,12	0	16
		04- Diagnóstico em ginecologia - Histeroscopia diagnóstica	10	R\$ 25,00	R\$ 250,00	4	6
		06 - Retinografia Colorida Binocular - 0211060178	30	R\$ 24,68	R\$ 740,40	0	30
		06 - Biomicroscopia de fundo de olho, campimetria computadorizada, fundoscopia, mapeamento de retina e tonometria	2.800	R\$ 17,00	R\$ 47.600,00	0	2.800
		08-Diagnóstico em pneumologia	152	R\$ 6,36	R\$ 966,72	90	62
		09-Diagnostico em Urologia - Estudo Urodinâmico	70	R\$ 7,62	R\$ 533,40	42	28
	12-Diagnostico e Procedimentos Especiais em Hemoterapia	01-Exames do Doador/Receptor	28	R\$ 17,04	R\$ 477,12	0	28
	13-Diagnostico por Teste Rapido	01-Teste realizado fora da estrutura de laboratório	9	R\$ 1,00	R\$ 9,00	0	9
		01-Consultas Medicas/Outros Prof. de Nivel superior/amb.	9.205	R\$ 10,00	R\$ 92.050,00	1772	7.433

03- Procedimentos Clínicos	01-Consultas/ Atendimentos/ Acompanhamentos	01-Consultas Medicas/Outros Prof. de Nivel superior/amb.	207	6,30	R\$ 1.304,10	0	207
		01.004-8- CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO	300	6,30	R\$ 1.890,00	15	0
		04.003-6-TERAPIA EM GRUPO	300	6,15	R\$ 1.845,00	0	0
		04.004-4-TERAPIA INDIVIDUAL	300	2,81	R\$ 843,00	0	0
	02-Fisioterapia	01-Atendimento fisioterápico geral (forma organiz.01, 02, 03, 04, 05, 06, 07)	809	R\$ 6,35	R\$ 5.137,15	0	809
		06.004-9- ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	300	R\$ 6,35	R\$ 1.905,00	0	0
	03-Tratamento Clinico Outras Especialidades	02-Trat doen sang. Org hematop, alg transt	21	R\$ 57,42	R\$ 1.205,82	0	21
		08-Tratamento de doenças da pele e do tecido subcutâneo	30	R\$ 1,48	R\$ 44,40	0	30
	06-Hemoterapia	02-Medicina Transfusional	59	R\$ 8,09	R\$ 477,31	0	59
	09-Terapias especializadas	03-Terapias do aparelho geniturinário	1	R\$ 1,52	R\$ 1,52	0	1
04- Procedimentos Cirurgicos	05-Cirurgia do Aparelho da Visão	01 Pequena Cirurgia e Cirurgia de Pele, Tecido Subcutaneo e mucosa	111	R\$ 13,49	R\$ 1.497,75	0	111
		01 - Palpebras e vias lacrimais	2	R\$ 337,11	R\$ 674,22	0	2
		01 - Reconstrução de canal lacrimal - 0405010117	1	R\$ 689,86	R\$ 689,86	0	1
		01-Correção cirurgica de entropio e ectropio	3	R\$ 203,74	R\$ 611,22	0	3

		01-Exerese de calazio e outras pequenas lesões da palpebra e supercílios	1	R\$ 78,75	R\$ 78,75	0	1
		01-Reconstituição parcial de palpebra com tarsorrafia	1	R\$ 311,04	R\$ 311,04	0	1
		01-Correção cirurgica de epicanto e telecanto	3	R\$ 278,90	R\$ 836,70	0	3
		03 - Corpo vítreo, retina, coróide e esclera (geral)	30	R\$ 178,86	R\$ 5.365,80	0	30
		03-Fotocoagulação a laser	40	R\$ 75,15	R\$ 3.006,00	10	30
		03 - Injeção Intra-vítreo - 0405030053	10	R\$ 84,72	R\$ 847,20	0	10
		04-Tratamento de ptose palpebral	4	R\$ 449,44	R\$ 1.797,76	0	4
		05-Capsulotomia a yag laser	60	R\$ 112,77	R\$ 6.766,20	20	40
		05-Iridotomia a laser	50	R\$ 45,00	R\$ 2.250,00	10	40
		05-Pterígio	23	R\$ 209,55	R\$ 4.819,65	0	23
		05 - Implante de Protese anti glaucomatosa - 0405050135	1	R\$ 873,61	R\$ 873,61	0	1
		05-Conjuntiva,córnea,câmara anterior,íris,corpo ciliar e cristalino - 0405050119	5	R\$ 651,60	R\$ 3.258,00	0	5
		05-Conjuntiva,córnea,câmara anterior,íris,corpo ciliar e cristalino - 0405050097	2	R\$ 531,60	R\$ 1.063,20	0	2
		05-Conjuntiva,córnea,câmara anterior,íris,corpo ciliar e cristalino - 0405050100	1	R\$ 483,60	R\$ 483,60	0	1
		05-Conjuntiva,córnea,câmara anterior,íris,corpo ciliar e cristalino - 0405050208	2	R\$ 82,28	R\$ 164,56	0	2

	07-Cirurgia do Aparelho digestivo órgãos anexos e parede Abdominal	01-Esôfago, estômago e duodeno(Tratamento esclerosante)	48	R\$ 51,75	R\$ 2.484,00	0	48
	09- Cirurgi do Aparelho Genito-Urinario	01- Rim, Ureter e Bexiga	33	R\$ 31,43	R\$ 1.037,19	0	33
TOTAL			24.674		R\$ 373.756,94	2645	20.844
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 COMPLEXIDADE

RECURSO FEDERAL							
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/ mês	Valor Unitário	Valor/mês	Quant 1º Vez (Acesso)	Quant autogestão (retorno)
02-Procedimentos com finalidade diagnóstico	04- Diagnóstico por Radiologia	06 - Densitometria óssea duo-energética de coluna (vertebras lombares e/ou fêmur)	100	55,10	5.510,00	70	30
	05- Diagnóstico por Ultrassonografia	01 - Ecodoppler transesofágico - Ultrassonografia com doppler + sonda transesofágica + médico cardiologista especialista com foto colorida	10	165,00	1.650,00	4	6
	06 - Diagnóstico por tomografia	01 - Tomografia cabeça, pescoço e coluna vertebral	74	95,74	7.084,76	75	1025
		02 - Tomografia tórax e membros superiores	397	134,93	53.567,21		
		03 - Tomografia abdômen, pelve e membros inferiores	629	136,58	85.908,82		

	10 - Diagnóstico por radiologia intervencionista	01 - Angiografia, aortografia e arteriografia	10	253,37	2.533,70	3	7
	11 - Métodos diagnósticos em especialidades	02 - Cateterismo	70	614,72	43.030,40	30	40
03 - Procedimentos Clínicos	03 - Tratamento em Oncologia	02 - Quimiot Paliativa Adulto	270	884,95	238.936,50	0	270
		03 - QuimiotContTemp Doença Adulto	58	596,16	34.577,28	0	58
		04 - Quimiot previa (Neoadjuv/Citorredut) Adul	84	1.457,81	122.456,04	0	84
		05 - QuimiotAdjuv (Profilática) Adulto	360	248,28	89.380,80	0	360
		06 - Quimiot Curativa - Adulto	20	3.673,65	73.473,00	0	20
		07 - Quimioterapia de tumores de criança e adolescente	1	1.657,25	1.657,25	0	1
	06 - Hemoterapia	02 - Medicina transfusional	1	10,00	10,00	0	1
04 - Procedimentos Cirúrgicos	05 - Cirurgia do aparelho da visão	05 - Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino (facoemulsificação)	300	771,60	231.480,00	0	300
	13 - Cirurgia Reparadora	03 - Reparadora para Lipodistrofia	5	480,00	2.400,00	0	5
TOTAL			2.449		1.024.598,96	182	2.267

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

SIH Alta oftalmologia

RECURSO FEDERAL			Mensal	
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quantidade	Valor Unitário Tabela SUS

04-Procedimentos Cirurgicos	05- Cirurgias do Aparelho da Visão	0405030169 - Vitrectomia posterior com infusão de perfluocarbono e endolaser	2	R\$ 4.183,12
		0405030177 - Vitrectomia posterior com infusão de perfluocarbono/óleo de silicone/endolaser	2	R\$ 4.701,84
TOTAL			4	R\$ 17.769,92
Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.				

SIH Média Complexidade - Dermatologia

RECURSO FEDERAL			Mensal		
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quantidade	Valor Unitário	Valor/mês
04-Procedimentos Cirúrgicos	01 - Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	02 - Cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	15	R\$ 362,20	R\$ 5.433,00
TOTAL			15		R\$ 5.433,00

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

SIH Alta Complexidade

RECURSO FEDERAL			Mensal		
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant	Valor Unitário (R\$)	Valor/mês(R\$)
04-Procedimentos Cirúrgicos	16 - Cirurgia em oncologia	08 - Pele e cirurgia plástica	16	1.140,00	18.240,00
TOTAL			16		18.240,00

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

EXAMES DE TEA**RECURSO ESTADUAL**

Ambulatório Especializado	Código do Procedimento / Forma Organizacional	Quant. Pacientes - Regulados	Oferta Mensal Contratual	Valor Unitário Tabela SUS	Valor Unitário Diferença Tabela	VALOR T-SUS COM COMPLEMENTO	TOTAL
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	03.01.01.004-8	15	300	R\$ 6,30	R\$ 68,70	R\$ 75,00	R\$ 20.610,00
TERAPIA EM GRUPO	03.01.04.003-6		300	R\$ 6,15	R\$ 68,85	R\$ 75,00	R\$ 20.655,00
TERAPIA INDIVIDUAL	03.01.04.004-4		300	R\$ 2,81	R\$ 72,19	R\$ 75,00	R\$ 21.657,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	03.02.06.004-9		300	R\$ 6,35	R\$ 68,65	R\$ 75,00	R\$ 20.595,00
Total			1200				R\$ 83.517,00

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

Obs.2 A regulação do acesso será por paciente de primeira vez e não por procedimento, total de 15 pacientes = 1200 procedimentos/mês.

Obs.3 O atendimento do TEA contratualizado não faz parte das metas qualiquaatativas do convênio de contratualização.

OPME'S Alta Complexidade

RECURSO ESTADUAL			
Forma Organizacional Secundária	MÉDIA MENSAL	VALOR UNIT.	VALOR MÊS
070203 OPME em Ortopedia	192	533,08	102.307,52
070204 OPME em Assistência Cardiovascular	252	812,96	204.934,15
Total	444		307.241,67

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

OPME'S não padronizadas – PORTARIA N°061-R, DE 31/07/2023

ITEM PORTARIA N° 061-R, 31/07/2023	PROCEDIMENTO	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR MÊS
		MÊS		
1	FIO GUIA TIPO AMPLATZ	2	R\$ 350,00	R\$ 700,00
2	FIO GUIA TIPO AMPLATZ SUPER STIFF	3	R\$ 350,00	R\$ 1.050,00
3	FIO GUIA TIPO LUNDERQUIST	3	R\$ 517,00	R\$ 1.551,00
4	INTRODUTOR CONTRA LATERAL	12	R\$ 805,70	R\$ 9.668,40
5	INTRODUTOR ARAMADO	2	R\$ 850,00	R\$ 1.700,00
6	CATETER SUPORTE	11	R\$ 450,00	R\$ 4.950,00
7	CATETER PIG TAIL CENTIMENTRADO	3	R\$ 700,00	R\$ 2.100,00
8	CATETER TERAPÊUTICO	2	R\$ 3.080,85	R\$ 6.161,70

9	CATETER CIRCULAR DUPLO LOOP	2	R\$ 2.765,75	R\$ 5.531,50
10	CATETER IRRIGADO TERAPÊUTICO UNIDIRECIONAL TIPO FLEXABILITY	2	R\$ 5.800,97	R\$ 11.601,94
11	CATETER IRRIGADO TERAPEUTICO UNIDIRECIONAL "FORÇA DE CONTATO"	2	R\$ 5.862,00	R\$ 11.724,00
12	CATETER DE ABLAÇÃO IRRIGADO TERAPEUTICO BIDIRECIONAL COM SENSOR DE CONTATO	2	R\$ 11.764,50	R\$ 23.529,00
13	DISPOSITIVO DE INSUFLAÇÃO	3	R\$ 230,00	R\$ 690,00
14	KIT RETIRADA DE FILTRO DE VEIA CAVA	3	R\$ 3.500,00	R\$ 10.500,00
15	BAINHA TRANSEPTAL TIPO AGILIS	2	R\$ 1.765,00	R\$ 3.530,00
16	EQUIPO DE BOMBA DE ALTO FLUXO	4	R\$ 450,00	R\$ 1.800,00
17	KIT ELETRODOS DE REFERÊNCIA PARA ENSITE	3	R\$ 1.944,65	R\$ 5.833,95
18	COLA BIOLÓGICA TIPO BIOGLUE 3ML	5	R\$ 3.108,00	R\$ 15.540,00
19	COLA BIOLÓGICA TIPO GLUBRAN 1ML	2	R\$ 2.500,00	R\$ 5.000,00
20	FIOS DE ALTA RESISTÊNCIA TIPO SMITH NEPHEW	3	R\$ 300,00	R\$ 900,00
21	DISPOSITIVO DE FECHAMENTO VASCULAR TIPO PROGLIDE OU ANGIOSEAL	3	R\$ 1.000,00	R\$ 3.000,00
22	INTRODUTOR BAINHA LONGA	1	R\$ 900,00	R\$ 900,00
23	ESFERAS DE NEURONAVEGAÇÃO -F NEURONAVEGADOR (Equipamento)	0	R\$ 10.380,00	R\$ 0,00
24	TELA MALEÁVEL DE TITÂNIO	0	R\$ 2.070,00	R\$ 0,00
25	SELANTE DURAL	0	R\$ 11.800,00	R\$ 0,00
26	FIO GUIA TIPO CONFIDA OU SAFARI	2	R\$ 191,00	R\$ 382,00
27	COMPLEXO PROTROMBÍNICO TOTAL (FATORES II, VII, IX E X DE COAGULAÇÃO) 600UI TIPO PROTHROMPLEX-T 600UI	0	R\$ 1.766,44	R\$ 0,00
28	KIT SELANTE DE FIBRINA (FIBRINOGEN, APROTIN, TROMBINA) 5ML	0	R\$ 1.521,02	R\$ 0,00
29	KIT SELANTE DE FIBRINA (FIBRINOGEN, APROTIN, TROMBINA) 4ML	0	R\$ 1.297,14	R\$ 0,00
30	TISSEEL VHSD TROMBINA FIBRINOGENIO APROTININA	0	R\$ 607,30	R\$ 0,00
31	ENDOPRÓTESE VASCULAR TIPO STENT-GRAFT-DOMINUS	0	R\$ 25.000,00	R\$ 0,00
32	ESTABILIZADOR CARDÍACO TIPO OCTOPUS	0	R\$ 3.200,00	R\$ 0,00
33	KIT PARA REALIZAÇÃO DE IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VÁLVULA AÓRTICA - TIPO SAPIEN	0	R\$ 84.000,00	R\$ 0,00
34	KIT PARA REALIZAÇÃO DE IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VÁLVULA AÓRTICA - TIPO EVOLUT	0	R\$ 80.990,00	R\$ 0,00

35	KIT PARA REALIZAÇÃO DE IMPLANTE PERCUTÂNEO DE VÁLVULA AÓRTICA - TIPO MYVAL	1	R\$ 80.000,00	R\$ 80.000,00
36	CATETER MULTIPOLAR TERAPEUTICO (QUADRI, DECA, DUODECAPOLAR, ETC Possui na tabela SUS (07.02.04.014-2) - sem compatibilidade para eletrofisiologia. Pagamento no valor da tabela SUS até o MS corrigir a cobrança no faturamento.	16	R\$ 1.734,61	R\$ 27.753,76
37	CATETER DE ABLAÇÃO 4 mm	2	R\$ 3.383,78	R\$ 6.767,56
38	PINÇA ULTRASSÔNICA PARA CIRURGIA DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA	2	R\$ 2.000,00	R\$ 4.000,00
39	AGULHA ENDOSCÓPICA	2	R\$ 600,00	R\$ 1.200,00
40	BALÃO DE DILATAÇÃO	2	R\$ 470,00	R\$ 940,00
41	BALÃO EXTRATOR DE CÁLCULOS	2	R\$ 350,00	R\$ 700,00
42	CATETER PARA DRENAGEM BILIAR	3	R\$ 400,00	R\$ 1.200,00
43	FIO GUIA PANCREATO BILIAR	4	R\$ 300,00	R\$ 1.200,00
44	PAPILOTOMO TIPO TRIPLO LUMEN OU FACA	3	R\$ 400,00	R\$ 1.200,00
45	PRÓTESE DE VIA BILIAR	2	R\$ 300,00	R\$ 600,00
46	CESTO EXTRATOR DE CÁLCULO RENAL, URETERAL E BILIAR	3	R\$ 500,00	R\$ 1.500,00
47	PROTESE TOTAL PRIMARIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - ACETABULO METALICO X LINER DE POLIETILENO X CABEÇA CERAMICA	0	R\$ 6.660,00	R\$ 0,00
48	PROTESE TOTAL PRIMARIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - ACETABULO METALICO X LINER DE CERAMICA X CABEÇA METALICA	0	R\$ 9.600,00	R\$ 0,00
49	PROTESE TOTAL PRIMARIA DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - ACETABULO METALICO X LINER DE CERAMICA X CABEÇA CERAMICA	0	R\$ 10.500,00	R\$ 0,00
50	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL+ ACETABULOS METALICOS JUMBOS X POLIETILENO	0	R\$ 12.800,00	R\$ 0,00
51	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER MONOBLOCO DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA METALICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	0	R\$ 48.000,00	R\$ 0,00
52	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	0	R\$ 52.000,00	R\$ 0,00

53	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER CERAMICA + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	0	R\$ 58.000,00	R\$ 0,00
54	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA METALICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	0	R\$ 55.341,44	R\$ 0,00
55	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER POLIETILENO + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	0	R\$ 60.000,00	R\$ 0,00
56	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE MODULAR TROCANTERIANA DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO DE TANTALO + CUNHAS ACETABULARES DE TANTALO - LINER CERAMICA + CABEÇA CERAMICA VARIANDO NOS TAMANHOS 28/32/36	1	R\$ 64.000,00	R\$ 64.000,00
57	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS - LINER POLIETILENO + CABEÇA METALICA	1	R\$ 48.000,00	R\$ 48.000,00
58	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS - LINER POLIETILENO + CABEÇA CERAMICA	1	R\$ 52.000,00	R\$ 52.000,00
59	PROTESE TOTAL DE REVISAO DE QUADRIL NÃO CIMENTADA COM HASTE DE WAGNER DE FIXAÇÃO DISTAL + ACETABULO TRABECULADO + CUNHAS ACETABULARES METAL TRABECULADAS - LINER CERAMICA + CABEÇA CERAMICA	1	R\$ 56.000,00	R\$ 56.000,00
60	CUNHAS DE TRABECULADO METALICA PARA DEFEITOS OSSEOS ACETABULARES	1	R\$ 11.500,00	R\$ 11.500,00
61	PARAFUSOS DE FIXAÇÃO ACETABULAR	1	R\$ 248,40	R\$ 248,40
62	PARAFUSOS DE FIXAÇÃO PARA CUNHAS	1	R\$ 248,40	R\$ 248,40
63	PROTESE TOTAL REVISAO DE JOELHO COM CUNHAS DE 5-10 MM PARA DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL	1	R\$ 9.693,05	R\$ 9.693,05
64	PROTESE TOTAL REVISAO SEMI CONSTRICTA DE JOELHO COM CUNHAS PARA / DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL	1	R\$ 68.000,00	R\$ 68.000,00

65	PROTESE TOTAL REVISAO CONSTRICTA DE JOELHO COM CUNHAS PARA / DE AUMENTO FEMORAL E TIBIAL	1	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00
66	PROTESE UNICOMPARTIMENTAL DE JOELHO	1	R\$ 14.080,00	R\$ 14.080,00
67	CONES METALICOS PARA FALHAS OSSEAS EM FEMUR DISTAL E/OU TIBIA PROXIMAL UTILIZADOS EM PROTESES TOTAIS DE REVISÕES DE JOELHOS	1	R\$ 14.500,00	R\$ 14.500,00
68	PROTESE TOTAL REVERSA PARA OMBRO	1	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00
69	FIOS DE ALTA RESISTENCIA	0	R\$ 280,00	R\$ 0,00
70	LÂMINA DE SERRA OSSEAS	30	R\$ 350,00	R\$ 10.500,00
71	PARTÍCULAS EMBOLIZANTES TIPO "ONIX" *	0	R\$ 1.600,00	R\$ 0,00
72	FIO GUIA HIDROFÍLICO PARA UROLOGIA *	0	R\$ 134,35	R\$ 0,00
73	FIBRA LASER *	0	R\$ 2.200,00	R\$ 0,00
TOTAL		162		R\$ 710.174,66

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

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

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

FAEC AMBULATORIAL

RECURSO FEDERAL						
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Procedimento	Quant /mês	Valor Unitário (R\$)	Valor/mês (R\$)

02 - Procedimentos com finalidade Diagnóstica	11 - Métodos diagnósticos em Especialidades	06 - Diagnóstico em Oftalmologia	02.11.06.028-3 - Tomografia de coerência óptica	50	48,00	2.400,00
03 - Procedimentos Clínicos	04 - Tratamento em oncologia	03 - Quimioterapia para controle temporário de doença - adulto	03.04.03.025-2 QUIMIOTERAPIA DE MIELOMA MÚLTIPLO – 1ª LINHA	10	5.224,65	52.246,50
	04 - Tratamento em oncologia	03 - Quimioterapia para controle temporário de doença - adulto	03.04.03.026-0 QUIMIOTERAPIA DE MIELOMA MÚLTIPLO – 2ª LINHA	9	5.224,65	47.021,85
	09 - Terapias especializadas	07 - Angiologia	03.09.07.001-5 - Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros Inferiores (Unilateral)	20	300,78	6.015,60
			03.09.07.002-3 - Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros Inferiores (Bilateral)	4	392,62	1.570,48
TOTAL				93		109.254,43

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 / Procedimento		Quant/ mês	Valor Unitário	Valor/mês
04 - Procedimentos Cirúrgicos	06 - Cirurgia do aparelho circulatório	01-Cirurgia do Aparelho Cardiovascular	Cirurgia Cardiovascular	15	R\$ 8.906,19	R\$ 133.592,85
		03-Cardiologia intervencionista	Angioplastia Coronariana Primária	20	R\$ 5.282,62	R\$ 105.652,40
	07 - Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	03-Pâncreas, baço, fígado e vias biliares	04.07.03.025-5 - Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica Tereapêutica	11	R\$ 2.023,53	R\$ 22.258,83
05 - Transplante de órgãos, tecidos e células	01 - Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante	06 - Exames gráficos ou por imagem para diagnóstico de morte encefálica	0501060057- Exame complementar para diagnóstico de morte encefálica	0	R\$ 600,00	R\$ 0,00
		07- Outros exames complementares p/doação, tecidos e células - 002-8 sorologia de possível doador de órgão ou tecido exceto córnea		0	R\$ 15,00	R\$ 0,00

	02- Avaliação de morte encefálica	01 - Avaliação clínica de morte encefálica	CIHDOTT	0	R\$ 215,00	R\$ 0,00
	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		0	R\$ 900,00	R\$ 0,00
		04-Ações complementares destinadas a doações de órgãos, tecidos e células	004-5- diaria de Unidade de Terapia Intensiva de provavel doador de órgãos	0	R\$ 508,03	R\$ 0,00
			005-3 entrevista familiar p/ doação de órgãos de doadores em morte encefalica	0	R\$ 420,00	R\$ 0,00
					R\$ 420,00	
	006-1 entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado		R\$ 420,00			
TOTAL				46		R\$ 261.504,08
Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.						

FAEC DOENÇAS RARAS

RECURSO FEDERAL					
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant/ mês	Valor Unitário(R\$)	Valor/mês(R\$)
01 - Consulta/Atendimentos/ Acompanhamentos	01 - Consultas médicas/Outros profissionais de nível superior	03.01.01.019-6 - Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras. Eixo I - Anomalias congênitas ou de manifestação tardia.	20	800,00	16.000,00
TOTAL			20		16.000,00

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

FAEC TRANSPLANTE DE CÓRNEA

RECURSO FEDERAL						
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Procedimento	Quant/ mês	Valor Unitário	Valor/mês
05 - Transplante de órgãos, tecidos e células	01 - Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos, células e de transplantes	07 - Outros exames complementares para doação de órgãos, tecidos e células	05.01.07.001-0 - Sorologia de possível doador de córnea e esclera	1	R\$ 60,00	R\$ 60,00
	03 - Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	01 - Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	05.03.01.001-4 - Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	1	R\$ 0,00	R\$ 0,00

			05.03.01.002-2 - Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos realizadas por equipe de outro estabelecimento de saúde	1	R\$ 0,00	R\$ 0,00
		03 - Manutenção e retirada de órgãos e tecidos para transplante	05.03.03.001-5 - Manutenção hemodinâmica de possível doador e taxa de sala para retirada de órgãos	1	R\$ 900,00	R\$ 900,00
		04 - Ações complementares destinadas à doação de órgãos, tecidos e células	05.03.04.001-0 - Coordenação de sala cirúrgica para retirada de órgãos e tecidos para transplante	1	R\$ 400,00	R\$ 400,00
			05.03.04.006-1 - Entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado	1	R\$ 420,00	R\$ 420,00
	05 - Transplante de órgãos, tecidos e células	01 - Transplante de tecidos e células	05.05.01.009-7 - Transplante de córnea	2	R\$ 2.070,00	R\$ 4.140,00
			05.05.01.010-0 - Transplante de córnea (em cirurgias combinadas)	1	R\$ 1.129,30	R\$ 1.129,30
			05.05.01.011-9 - Transplante de córnea (em reoperações)	1	R\$ 1.129,30	R\$ 1.129,30

			05.05.01.012-7 - Transplante de esclera	1	R\$ 776,80	R\$ 776,80
	06 - Acompanhamento e intercorrência no pré e pós transplante de córnea	01 - Acompanhamento de paciente no pré e pós transplante	05.06.01.001-5 - Acompanhamento de pacientes pós-Transplante de córnea	4	R\$ 115,00	R\$ 460,00
TOTAL				15		R\$ 9.415,40

INCENTIVOS

RECURSO FEDERAL	
TIPO INCENTIVO	TOTAL
INTEGRASUS (Portaria nº 1702 GM/MS de 17/08/04 e Portaria nº 878 GM/MS de 08/05/02)	R\$ 31.153,67
FIDEPS (Portaria nº 1702 GM/MS de 17/08/04)	R\$ 154.140,00
FIVEH (Portaria nº 2529 GM/MS de 23/11/04)	R\$ 5.000,00
IAC (Incentivo de Adesão a Contratualização - Portaria 3.166 de 20 de dezembro de 2013)	R\$ 630.329,20
Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº3162 de 28 de dezembro de 2012)	R\$ 300.000,00
Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº3162 de 28 de dezembro de 2012) Qualificação de 07 leitos de UTI	R\$ 61.565,28
Incentivo financeiro de custeio mensal - Residência Médica (Portaria GM/MS Nº 961 de 10 de julho de 2015)	R\$ 128.000,00
Incentivo financeiro de custeio mensal - Doenças raras (Portaria nº 3166, de 3 de dezembro de 2019, que Habilita estabelecimentos de saúde como Serviço de Referência em Doenças Raras)	R\$ 11.650,00
TOTAL	R\$ 1.321.838,15

SIH Alta - Oftalmologia

Portaria nº126-R, de 23/11/2023 - Complementação de Recurso Estadual

RECURSO ESTADUAL			Mensal				
Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Quant	Valor Unitário Tabela SUS	Valor Unitário Tabela SUS Capixaba	Valor Unitário Diferença Tabela	Valor Complemento - Recu Estadual Mês R\$
04- Procedimentos Cirúrgicos	05- Cirurgias do Aparelho da Visão	0405030169 - Vitrectomia posterior com infusão de perfluocarbono e endo laser	2	4.183,12	6.999,00	2.815,88	5.631,76
		0405030177 - Vitrectomia posterior com infusão de perfluocarbono/óleo de silicone/endolaser	2	4.701,84	8.134,00	3.432,16	6.864,32
		01-Exerese de calázio e outras pequenas lesões da pálpebra e supercílios	1	78,75	217,25	138,50	138,50

		05 - Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino (facoemulsificação)	300	771,60	986,55	214,95	64.485,00
		05- Pterígio	23	209,55	539,70	330,15	7.593,45
		05 - Implante de Próteseantiglaumatososa	1	873,61	1.747,22	873,61	873,61
		05-Capsulotomia a yag laser	60	112,77	150,00	37,23	2.233,80
TOTAL			389				R\$ 87.820,44

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

PISO DA ENFERMAGEM

20° Termo Aditivo - JUNHO A JULHO DE 2024	
PORTARIA GM/MS Nº 4.124, -RECURSO FEDERAL -PISO DA ENFERMAGEM-PARCELA DE 27 DE MAIO DE 2024.	R\$ 525.727,35
TOTAL	R\$ 525.727,35

CIRURGIAS ELETIVAS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL NO SIGTAP	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (PRINCIPAL)	VALOR DE REFERÊNCIA DA TABELA SUS (UNITÁRIO)	VALOR DO PROCEDIMENTO CONTRATADO COM RECURSO FEDERAL (UNITÁRIO)	QTDE PREVISTA PELAS SSAS POR 6 MESES	QTDE A SER EXECUTADA/MENSAL	VALOR CONTRATADO - TOTAL	% COMPLEMENTO FEDERAL
408010053	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL	R\$ 592,14	R\$ 2.368,56	20	3	R\$ 7.105,68	400%
408050055	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	R\$ 2.207,20	R\$ 8.828,80	20	3	R\$ 26.486,40	400%
408050063	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	R\$ 1.653,73	R\$ 6.614,92	20	3	R\$ 19.844,76	400%
406050074	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL)	R\$ 8.236,93	R\$ 20.592,33	12	2	R\$ 41.184,65	250%
408040076	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	R\$ 2.404,14	R\$ 9.616,56	36	6	R\$ 57.699,36	400%

408040084	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	R\$ 2.341,71	R\$ 9.366,84	36	6	R\$ 56.201,04	400%
408040092	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA	R\$ 1.739,48	R\$ 6.957,92	72	12	R\$ 83.495,04	400%
408030143	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS	R\$ 2.166,29	R\$ 8.665,16	12	2	R\$ 17.330,32	400%
408030135	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NÍVEL	R\$ 1.883,27	R\$ 7.533,08	12	2	R\$ 15.066,16	400%
408030151	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL QUATRO NÍVEIS	R\$ 2.166,29	R\$ 8.665,16	12	2	R\$ 17.330,32	400%
408030127	ARTRODESE CERVICAL POSTERIOR C1-C2	R\$ 1.303,15	R\$ 5.212,60	12	2	R\$ 10.425,20	400%
406050023	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE FLUTTER ATRIAL)	R\$ 5.898,15	R\$ 14.745,38	12	2	R\$ 29.490,75	250%
406050031	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL DIREITA)	R\$ 5.969,25	R\$ 14.923,13	12	2	R\$ 29.846,25	250%

406050040	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL DE VIAS ANÔMALAS DIREITAS, DE TV IDIOPÁTICA, DE VENTRÍCULO DIREITO E VENTRÍCULO ESQUERDO).	R\$ 5.866,09	R\$ 14.665,23	12	2	R\$ 29.330,45	250%
406050058	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DO NÓDULO ARCHOV-TAWARA)	R\$ 5.947,88	R\$ 14.869,70	12	2	R\$ 29.739,40	250%
406050082	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL CICATRICAL)	R\$ 8.568,09	R\$ 21.420,23	12	2	R\$ 42.840,45	250%
406050090	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL CICATRICAL)	R\$ 9.190,96	R\$ 22.977,40	12	2	R\$ 45.954,80	250%
406050112	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR IDIOPÁTICA DO SEIO DE VALSALVA ESQUERDO)	R\$ 7.544,56	R\$ 18.861,40	12	2	R\$ 37.722,80	250%
406050139	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE VIAS ANÔMALAS ESQUERDAS)	R\$ 6.743,83	R\$ 16.859,58	12	2	R\$ 33.719,15	250%
409060135	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 907,93	R\$ 1.815,86	100	16	R\$ 29.053,76	200%
407030034	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 992,45	R\$ 1.984,90	100	16	R\$ 31.758,40	200%
				560	91	R\$ 691.625,14	

*obs: estimativa mensal referente a Portaria GM MS Nº 2.336, de 12 de dezembro de 2023

**Cirurgia de Endometriose
Plano de Trabalho - execução - julho 2024**

ESPECIFICAÇÃO	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
CIRURGIAS			
Cirurgia de Endometriose – Grau I	03	R\$ 5.996,21	R\$ 17.988,63
Cirurgia de Endometriose – Grau II	03	R\$ 8.007,81	R\$ 24.023,43
Cirurgia de Endometriose – Grau III	05	R\$ 15.393,51	R\$ 76.967,55
Cirurgia de Endometriose – Grau IV	04	R\$ 21.867,53	R\$ 87.470,12
SUB-TOTAL	15		R\$ 206.449,73
DIÁRIAS	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
Grau I - 06 diárias	18	R\$ 977,00	R\$ 17.586,00
Grau II - 06 diárias	18	R\$ 977,00	R\$ 17.586,00
Grau III - 07 diárias	35	R\$ 977,00	R\$ 34.195,00
Grau IV - 07 diárias	28	R\$ 977,00	R\$ 27.356,00
SUB-TOTAL	99		R\$ 96.723,00
OPME'S	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
Pinça Ultrassônica para cirurgia de Endometriose	15	R\$ 2.000,00	R\$ 30.000,00
SUB-TOTAL	15		R\$ 30.000,00
VALOR TOTAL PLANO DE TRABALHO			R\$ 333.172,73

Obs 01: O pagamento será realizado com base no monitoramento in loco para verificação dos atendimentos realizados, com base nos valores definidos na Nota Técnica GES 002/2024 para cada de cirurgia e seu respectivo estágio, acrescido do valor das diárias utilizadas para internação do referido paciente, não sendo considerada a diária do dia da alta. Os leitos utilizados para internação das pacientes submetidas às cirurgias de endometriose não fazem parte do total dos leitos já contratualizados na rotina dos serviços ofertados pelo estabelecimento. Nesse contexto, é vedado ao estabelecimento a transferência das pacientes para qualquer leito já contratualizados.

Obs 02 - Para a realização do monitoramento é imprescindível a apresentação das diárias dos leitos utilizados para internação bem como a descrição cirúrgica detalhada em prontuário de acordo com o Grau de Estágio conforme **Nota Técnica GES – 002/2024** se, **na descrição cirúrgica de determinado paciente, houver** a menção das características de patologias (pela CID-10, no código N800 (endometriose) ou subcódigos N800 (endometriose do útero), N801 (endometriose do ovário), N802 (endometriose da trompa de falópio), N803 (endometriose do peritônio pélvico), N804 (endometriose do septo retovaginal e da vagina), N805 (endometriose do intestino), N806 (endometriose em cicatriz cutânea), N808 (outra endometriose) e N809 (endometriose não especificada), **E:**

- a) Estágio I: descrição de doença mínima, cabendo implantes isolados e sem aderências significativas.
- b) Estágio II: descrição doença leve, cabendo implantes superficiais com menos de 5 cm e sem aderências significativas
- c) Estágio III: descrição de doença moderada, cabendo múltiplos implantes e aderências peritubárias e periovarianas evidentes.
- d) Estágio IV: descrição de doença grave, cabendo múltiplos implantes superficiais e profundos e incluindo endometriomas e aderências densas e firmes.

**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: Hospitais Estruturantes: ONA nível 1 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
2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS	
2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional e 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. EXPERIÊNCIADO USUÁRIO	
4.1. Experienciado 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 no sistema de regulação.
	100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas no sistema de regulação.

5.5 . Acesso aos Exames Especializada	
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.
6.EFICIÊNCIANO USO DO LEITO	
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).
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.

ANEXO C- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE – CNES

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 15/04/2024

CNES: 0011746Nome Fantasia: HOSPITAL DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITORIA CNPJ: 28.141.190/0002-67

Nome Empresarial: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DENatureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

Logradouro: RUA DR JOAO DOS SANTOS NEVESNúmero: 143Complemento: --

Bairro: VILA RUBIMMunicípio: 320530 - VITORIAUF: ES

CEP: 29018-180Telefone: (27)3322-0074Dependência: INDIVIDUALReg de Saúde: 0001

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

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: THIAGO RAMPAZZO PANCINI

Cadastrado em: 26/11/2001Atualização na base local: 04/04/2024Última atualização Nacional: 08/04/2024

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE ESCOLA SUPERIOR ISOLADA	3999 - ASSOCIACAO PRIVADA

Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

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

Atendimento

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

Fluxo de clientela

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Endereço Complementar

CENTRO DE ONCOLOGIA									
Logradouro			Número		Complemento			Bairro	
VITORIA			1114					FORTE SAO JOAO	
Uf	Município		Cep	Telefone	E-mail			Data Ativação	Data
ES	VITORIA		29017022					14/07/2023	

Serviço	Classificação	Tipo
132	002	PROPRIO
132	003	PROPRIO

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal	
01 - ASSISTENCIA A SAUDE	009 - INTERNACAO

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 003 - TERAPIAS ESPECIAIS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 004 - REABILITACAO

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 005 - CONCESSAO, MANUTENCAO E ADAPTACAO DE OPM
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 010 - ASSISTENCIA INTERMEDIARIA
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 011 - ATENCAO PSICOSSOCIAL
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 015 - ATENCAO HEMATOLOGICA E/OU HEMOTERAPICA
03 - GESTAO DA SAUDE > 023 - REGULACAO ASSISTENCIAL
03 - GESTAO DA SAUDE > 024 - LOGISTICA DE INSUMOS

Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	4	0
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	1
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	4	8
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	5	20

SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
AMBULATORIAL		
CLINICAS BASICAS	14	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	28	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	9	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	6	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	2	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	3	0
HOSPITALAR		
SALA DE CIRURGIA	9	0
SALA DE RECUPERACAO	2	12

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
BANCO DE LEITE	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO E TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO

S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

Código	Serviço	Característica	Ambulatorial		Hospitalar	
			SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
168	ATENCAO A PESSOAS COM DOENCAS RARAS	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
169	ATENCAO EM UROLOGIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
150	CIRURGIA VASCULAR	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
148	HOSPITAL DIA	PROPRIO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
151	MEDICINA NUCLEAR	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
164	ORTESES, PROT E MEIOS AUXIL DE LOCOMOCAO EM REABILITACAO	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
104	REGULACAO DO ACESSO A ACOES E SERVICOS DE SAUDE	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
106	SERVICO DE ATENCAO A DST/HIV/AIDS	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
111	SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
116	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
116	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM

105	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
115	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
118	SERVICO DE CIRURGIA TORACICA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
163	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	SIM	SIM	SIM	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
123	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
124	SERVICO DE ENDOCRINOLOGIA	PROPRIO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	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	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	SIM	SIM	NÃO	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM

132	SERVICO DE ONCOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
132	SERVICO DE ONCOLOGIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
132	SERVICO DE ONCOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
133	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
155	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
146	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
144	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	SIM	SIM	SIM	SIM

Comissões e

Descrição
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
REVISAO DE DOCUMENTAÇÃO MEDICA E ESTATISTICA
ETICA MEDICA
FARMACIA E TERAPEUTICA
APROPRIACAO DE CUSTOS
NOTIFICACAO DE DOENCAS
REVISAO DE PRONTUARIOS
CONTROLE DE ZONOSSES E VETORES

NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE

INVESTIGACAO EPIDEMIOLOGICA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 002	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE ALTO RISCO	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
148 - 002	HOSPITAL DIA	AIDS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 002	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS	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
168 - 001	ATENCAO A PESSOAS COM DOENCAS RARAS	ATENCAO ESPECIALIZADA EM DOENCAS RARAS	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 007	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA CLINICA	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 005	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (HEMODINAMICA)	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 002	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA CARDIOVASCULAR (ADULTO)	NÃO	NAO INFORMADO
118 - 001	SERVICO DE CIRURGIA TORACICA	CIRURGIA TORACICA	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 004	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA VASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
146 - 002	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	CIRURGICA	NÃO	NAO INFORMADO
144 - 001	SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLOGICOS	COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL	NÃO	NAO INFORMADO

105 - 002	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	COLUNA E NERVOS PERIFERICOS	NÃO	NAO INFORMADO
146 - 001	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	DIAGNOSTICA	NÃO	NAO INFORMADO
111 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE	DIAGNOSTICO E TRATAMENTO	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
133 - 002	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM PNEUMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
124 - 001	SERVICO DE ENDOCRINOLOGIA	DIAGNOSTICOTRATAMENTO DAS DOENCAS ENDOCRINAS METABOLICAS E	NÃO	NAO INFORMADO
164 - 001	ORTESES, PROT E MEIOS AUXIL DE LOCOMOCAO EM REABILITACAO	DISPENSACAO DE OPM AUXILIARES DE LOCOMOCAO E ORTOPEDICAS	NÃO	NAO INFORMADO
164 - 010	ORTESES, PROT E MEIOS AUXIL DE LOCOMOCAO EM REABILITACAO	DISPENSACAO DE OPM EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
164 - 011	ORTESES, PROT E MEIOS AUXIL DE LOCOMOCAO EM REABILITACAO	DISPENSACAO DE OPM EM UROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 004	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO GINECOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 003	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINARIO	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 003	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL COM MANIPULACAO FABRICACAO	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
122 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO

145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	3529762
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	SIM	9404473
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	3529762
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAI	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	3529762
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	NÃO	NAO INFORMADO
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
150 - 002	CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA COM ENXERTO	NÃO	NAO INFORMADO
150 - 001	CIRURGIA VASCULAR	FISTULA ARTERIOVENOSA SEM ENXERTO	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 002	SERVICO DE ONCOLOGIA	HEMATOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
169 - 002	ATENCAO EM UROLOGIA	LITOTRIPSIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

151 - 002	MEDICINA NUCLEAR	MEDICINA NUCLEAR IN VITRO	SIM	2709279
151 - 001	MEDICINA NUCLEAR	MEDICINA NUCLEAR IN VIVO	SIM	2709279
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
163 - 001	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	NEONATAL CONVENCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 005	SERVICO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA CIRURGICA	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 003	SERVICO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA CLINICA	NÃO	NAO INFORMADO
123 - 008	SERVICO DE DISPENSACAO DE ORTESES PROTESES E MATERIAIS ESPE	OPM BUCO MAXILO FACIAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 004	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 003	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 019	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 013	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
132 - 004	SERVICO DE ONCOLOGIA	RADIOTERAPIA	SIM	0011738
168 - 002	ATENCAO A PESSOAS COM DOENCAS RARAS	REFERENCIA EM DOENCAS RARAS	NÃO	NAO INFORMADO
104 - 006	REGULACAO DO ACESSO A ACOES E SERVICOS DE SAUDE	REGULACAO ESTADUAL DE ALTA COMPLEXIDADE	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	SIM	2494442
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	SIM	6196381
106 - 002	SERVICO DE ATENCAO A DST/HIV/AIDS	SERVICO DE ATENCAO ESPECIALIZADA - SAE	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 001	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 002	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA PEDIATRICA(ATE 21 ANOS)	NÃO	NAO INFORMADO

115 - 003	SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	SERVICO HOSPITALAR PARA ATENCAO A SAUDE MENTAL	NÃO	NAO INFORMADO
164 - 009	ORTESES, PROT E MEIOS AUXIL DE LOCOMOCAO EM REABILITACAO	SUBSTITUICAO/TROCA DE OPM	NÃO	NAO INFORMADO
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	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 003	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 002	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CLINICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
133 - 001	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	TRATAMENTO DE DOENCAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 001	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-HEMODIALISE	SIM	4044851
130 - 005	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-PERITONEAL	SIM	4044851
130 - 004	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO NEFROLOGIA EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
169 - 001	ATENCAO EM UROLOGIA	UROLOGIA GERAL	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	0	SIM
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
MAMOGRAFO COMPUTADORIZADO	1	1	SIM
Mamografo com Estereotaxia	1	1	SIM
PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	1	1	SIM
Raio X ate 100 mA	6	6	SIM
Raio X com Fluoroscopia	3	3	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM
Raio X mais de 500mA	1	1	SIM
Raio X para Densitometria Ossea	1	1	SIM
Raio X para Hemodinamica	1	1	SIM
Tomógrafo Computadorizado	1	1	SIM
Ultrassom Convencional	2	2	SIM
Ultrassom Doppler Colorido	4	4	SIM
Ultrassom Ecografo	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
CAMARA PARA CONSERVACAO DE HEMODERIVADOS/IMUNO/TERMOLABEIS	1	1	SIM
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	4	3	SIM

Grupo Gerador	4	4	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Bomba de Infusao	320	320	SIM
Desfibrilador	32	32	SIM
Incubadora	1	1	SIM
Marcapasso Temporario	9	9	SIM
Monitor de ECG	99	95	SIM
Monitor de Pressao Invasivo	77	77	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	30	30	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	43	43	SIM
Respirador/Ventilador	79	79	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	15	13	SIM
Eletroencefalografo	1	0	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
BIOMICROSCOPIO (LAMPADA DE FENDA)	3	3	SIM
CADEIRA OFTALMOLOGICA	2	2	SIM
CAMPIMETRO	1	1	SIM
CERATOMETRO	1	1	SIM
COLUNA OFTALMOLOGICA	2	2	SIM
Endoscopia Digestivo	2	2	SIM

Endoscopia das Vias Respiratorias	2	2	SIM
Endoscopia das Vias Urinarias	2	2	SIM
Equipamentos para Optometria	2	2	SIM
HISTEROSCOPIO	1	1	SIM
LENSOMETRO	1	1	SIM
Laparoscopia/Vídeo	2	2	SIM
Microscopia Cirurgica	3	2	SIM
OFTALMOSCOPIO	1	1	SIM
PROJETOR OU TABELA DE OPTOTIPOS	2	2	SIM
REFRATOR	3	3	SIM
RETINOSCOPIO	2	2	SIM
TONOMETRO DE APLANACAO	3	3	SIM
OUTROS EQUIPAMENTOS			
Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas	5	5	SIM
Aparelho de Eletroestimulacao	1	1	SIM
Equipamento de Circulacao Extracorporea	1	0	SIM
Equipamento para Hemodialise	25	5	SIM
Forno de Bier	2	2	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

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Quimioterapia/Radioterapia

NÚMERO DE SALAS - RADIOTERAPIA

Simulação	Planejamento	Armazenagem de fontes	Confecção de máscara	Molde	Bloco pers.
0	0	0	0	0	0

NÚMERO DE SALAS - QUIMIOTERAPIA

Armazenagem	Sala de preparo	Quimio curta duração	Quimio longa duração	Molde	Capela de fluxo laminar
0	1	1	0	0	1

QUANTIDADE DE EQUIPAMENTOS DE RADIOTERAPIA

Simulador	Acelerador linear ate 6 MeV	Acelerador linear maior 6 MeV	Acelerador linear maior 6 MeV
-----------	-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------

0	0	0	0
Ortovoltagem 10-50 KV	Ortovoltagem 50-150 KV	Ortovoltagem 150-500 KV	Unidade de cobalto
0	0	0	0
Branquiterapia baixa	Branquiterapia media	Branquiterapia alta	Monitor de área
0	0	0	0
Monitor individual	Sistema completo de planejamento	Dosímetro clínico	Fontes seladas
0	0	0	0

Serviço de referência e manutenção

Serviço	Razão Social	CNPJ	Município
SERVICOS DE RADIOTERAPIA	INSTITUTO RADIOTERAPIA DA VAHSIS	05816963000181	SERRA
LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE	HOSPITAL SANTA CASA DE VITORIA	28141190000267	VITORIA
SERVICO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	HOSPITAL SANTA CASA DE VITORIA	28141190000267	VITORIA
SERVICO DE ANATOMIA PATOLOGICA/CITOLOGIA	HOSPITAL SANTA CASA DE VITORIA	28141190000267	VITORIA
PATOLOGIA CLINICA	HOSPITAL SANTA CASA DE VITORIA	28141190000267	VITORIA
SERVICO DE MEDICINA NUCLEAR	INSTITUTO RADIOTERAPIA DA VAHSIS	05816963000181	SERRA
RESSONANCIA MAGNETICA	IMAGEM DIAGNOSTICA LTDA	07569036000130	VITORIA
ULTRA-SONOGRAFIA	HOSPITAL SANTA CASA DE VITORIA	28141190000267	VITORIA

Formalização

Médico responsável administrativo ou responsável técnico	CPF
THIAGO RAMPAZZO PANCINI	05469179761
Médico responsável oncologista pediátrico	CPF

Não informado	
Médico responsável cirurgia oncológica	CPF
RODRIGO DOS SANTOS LUGAO	04594132790
Medico responsavel oncologista clínico	CPF
CARLA LOSS DOS SANTOS CUNHA	12227624710
Médico responsável radioTerapeuta	CPF
Não informado	
Físico nuclear	CPF
Não informado	

Hemoterapia

NÚMERO DE SALAS - COLETA

Recepção / cadastro	Triagem hematológica	Triagem clínica	Coleta	Aférese

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	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		2	2	1	2
Seladoras	Irradiador	Aglutinoscópio	Maq.de Aférese	Refr. p/guarda de	Refr. p/guarda de amostra		Cap.fluxo laminar
1				1	1		1

Serviço de referência e manutenção

Serviço	Razão Social	CNPJ	Município
CENTRAL SOROLOGICA	FESCA	39617113000176	VITORIA

Formalização

Médico hemoterapeuta responsável	CPF
VOLMAR BELISÁRIO FILHO	02276754796
Médico hematologista responsável	CPF
ISMAEL BARBOSA XIMENES	37975439720
Responsável técnico / sorologista	CPF
MARLEUSA GALVAO LIMA	31740600797

Médico capacitado responsável	CPF
ISMAEL BARBOSA XIMENES	37975439720

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE ISOLAMENTO	5	5
UTI ADULTO - TIPO II	28	15
UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II	8	8
ESPEC - CIRURGICO		
CIRURGIA GERAL	57	48
GINECOLOGIA	21	21
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	28	28
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	12	12
CLINICA GERAL	38	20
DERMATOLOGIA	2	2
GERIATRIA	6	6
HEMATOLOGIA	5	5
ONCOLOGIA	20	20
PNEUMOLOGIA	2	2

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
HOSPITAL DIA		
AIDS	1	1
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	1	1

Habilitações

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data do Lançamento	Data da Atualização
0801	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR*	NACIONAL	08/2018	99/9999	PT GM Nº 2599	21/08/2018		24/08/2018	24/08/2018
0803	CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS EM CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA	NACIONAL	08/2018	99/9999	PT GM Nº 2599	21/08/2018		03/09/2018	03/09/2018
0805	CIRURGIA VASCULAR	NACIONAL	08/2018	99/9999	RT PT GM 2599	21/08/2018		27/12/2019	27/12/2019
0806	CIRURGIA VASCULAR E PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES EXTRACARDIACOS	NACIONAL	08/2018	99/9999	PT GM Nº 2599	21/08/2018		24/08/2018	24/08/2018
0807	LABORATÓRIO DE ELETROFISIOLOGIA, CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS DE CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA. O	NACIONAL	08/2018	99/9999	PT GM Nº 2599	21/08/2018		24/08/2018	24/08/2018
1101	SERVICO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO AIDS	NACIONAL	09/2003	99/9999	OF.SAS/CCA 683/03 - SES/ES.		0		
1104	TRATAMENTO DA LIPODISTROFIA DO PORTADOR DE HIV/AIDS	NACIONAL	12/2008	99/9999	SAS 732	17/12/2008		17/12/2008	17/12/2008
1203	HOSPITAL DIA - AIDS	NACIONAL	09/2003	99/9999	OF.SAS/CCA 683/03 - SES/ES.		0		
1708	UNACON COM SERVICO DE HEMATOLOGIA	NACIONAL	09/2012	99/9999	688/SAES/MS	28/08/2023		29/11/2023	28/09/2012
1718	ONCOLOGIA CIRÚRGICA HOSPITAL PORTE B	NACIONAL	01/2013	99/9999	PT GM 3398	28/12/2016		13/01/2017	08/02/2013
2301	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*	NACIONAL	01/2008	99/9999	SAS 120 RETIF	14/04/2009		28/05/2009	26/09/2008
2304	ENTERAL E PARENTERAL	NACIONAL	01/2008	99/9999	SAS 120 RETIF	14/04/2009		28/05/2009	26/09/2008
2407	TRANSPLANTE DE CORNEA/ESCLERA	NACIONAL	01/2017	12/2024	874/SAES/MS	25/11/2022		01/12/2022	06/01/2017

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data do Lançamento	Data da Atualização
2420	RETIRADA DE ORGAOS E TECIDOS	NACIONAL	01/2017	12/2024	874/SAES/MS	25/11/2022		01/12/2022	06/01/2017
2501	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA*	NACIONAL	01/2008	99/9999	SAS 90 RETF	30/03/2009		26/05/2009	31/01/2008
2601	UTI II ADULTO	NACIONAL	12/2003	99/9999	RET 3732/GM/MS	04/10/2022	15	14/12/2022	
2608	UTI CORONARIANA TIPO II	NACIONAL	08/2022	99/9999	3218/GM/MS	04/08/2022	8	05/08/2022	05/08/2022
2901	VIDEOCIRURGIAS	LOCAL	09/2003	99/9999	OF.SAS/CCA 683/03 - SES/ES.	04/12/2006	0	04/04/2024	08/04/2024
2902	PROGRAMA NACIONAL DE REDUCAO DE FILAS DE CIRURGIAS ELETIVAS	LOCAL	11/2023	99/9999	RESOLUCAO CIB 251/2023	14/11/2023	0	04/04/2024	08/04/2024
3202	LABORATÓRIO DE EXAMES CITOPATOLOGICOS DO COLO DE UTERO - TIPO I	NACIONAL	09/2015	99/9999	GM 1338	08/09/2015	0	14/09/2015	14/09/2015
3501	ATENÇÃO ESPECIALIZADA EIXO I DR DE ORIGEM GENÉTICA: 1 ANOMALIAS CONGÊNITAS OU DE MANIFESTAÇÃO TARDIA	NACIONAL	12/2019	99/9999	RT PT GM Nº 3166	04/12/2019		06/03/2020	06/03/2020

Incentivos

Código	Descrição	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data da Atualização
8101	INTEGRASUS NIVEL A	05/2002	99/9999	GM Nº 878	08/05/2002		05/12/2007
8214	Porta de Entrada Hospitalar de Urgência (PEHU) - Hospital Especializado Tipo II	12/2012	99/9999	GM/MS Nº 2041	17/07/2018		22/03/2018
8273	UTI ADULTO RUE TIPO II - NOVOS	11/2016	99/9999	474/SAES/MS	22/04/2021	1	10/06/2021
8274	UTI ADULTO RUE TIPO II - QUALIFICADOS	12/2015	99/9999	474/SAES/MS	22/04/2021	7	10/06/2021

Data desativação: -- Motivo desativação: --

ANEXO D - PLANO DE TRABALHO



OF/ISCMV/PROV/Nº103 /2023

Vitória-ES, 05 de junho de 2024

A Sr^a. Ana Paula de Jesus

Secretaria de Estado da Saúde - SESA

Subsecretaria de Estado de Contratualização em Saúde - SSEC Gerência de
Contratualização da Rede Complementar - GECORC

Assunto: Apresentação do Plano de Trabalho para Repasse de Emenda de MAC temporário.

Prezada,

Conforme orientado, segue o plano de trabalho de acordo com a Resolução de CIB nº096/2024.

Sem mais, ficamos a disposição e despedimo-nos com elevados votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Maria da Penha Rodrigues d' Ávila
Provedora da I.S.C.M.V.

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - HSCMV
Coligada à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Entidade Filantrópica de Utilidade Pública
Federal - Dec 65.314 – Utilidade Pública Estadual 1707
CNPJ 28.141.190/001-86

Rua Dr. João dos Santos Neves, 143
CEP 29220-020
Vila Rubim – Vitória ES – Brasil
Telefone Geral: (27) 3212 -7234
Site: www.santacasavitopria.org



PLANO DE TRABALHO

01 - DADOS CADASTRAIS

ÓRGÃO/ ENTIDADE PROPONENTE Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória				CNPJ 28.141.190/0001-86	
ENDEREÇO Rua Dr. João dos Santos neves, 143					
CIDADE Vitória	UF ES	CEP 29025-023	DDD/FONE (27) 3212-7228		E.A
CONTA CORRENTE 2295551-2		BANCO Banestes	AGÊNCIA 103	PRAÇA DE PAGAMENTO Vitória	
NOME DO RESPONSÁVEL Maria da Penha Rodrigues D'Avila					CPF 557.761.677-87
C.I. / ÓRGÃO EXPEDIDOR SSPES		CARGO Provedora	FUNÇÃO Provedora	MATRÍCULA 30354	
ENDEREÇO 28.141.190/0001-86					CEP 29.025-023

2 - DESCRIÇÃO DO PROJETO	PERÍODO DE EXECUÇÃO	
TÍTULO DO PROJETO: Custeio de despesas Administrativas e Operacionais da SCMV	Início junho /2024	Término dezembro/2024
IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO: A Santa Casa de Misericórdia de Vitória, inscrita no CNES sob o nº 0011746 e CNPJ 28.141.190/0001-86 está localizada na cidade de Vitória. É uma instituição filantrópica que presta serviços de média e alta complexidade para a rede de assistência Estadual, possui habilitação de alta complexidade em Oncologia, Cardiovascular, Eletrofisiologia, Ortopedia, Transplante de Córnea e Doenças Raras. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória nasceu em 1545, na cidade de Vitória, é detentora do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – fornecido pelo Ministério da Saúde – CEBAS – Saúde. A estrutura conta em sua totalidade com 222 leitos, sendo disponibilizados para atendimento SUS: 23 leitos de UTI, 10 leitos de Sala Vermelha e 162 leitos de enfermarias. Com pronto socorro geral referência em Urologia, ginecologia e cardiologia, aberto 24h/7d, referência para região metropolitana e em alguns serviços para todo Estado. A Santa Casa de Misericórdia de Vitória gera aproximadamente mais de 1.363 postos de trabalho diretos e indiretos, o que faz, além da assistência aos usuários, movimentar a economia da Região. Assim, estamos encaminhando os documentos para a adesão ao valor supracitado. Este plano se baseia na emenda parlamentar, no valor de R\$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais). Informando sobre a destinação, como: Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas (MAC), GND 3 (custeio), recursos estes oriundos de programação própria do Orçamento Geral da União de 2024.		



Desta forma, solicitamos a adesão a esta proposta, recurso este, será executado para o custeio das despesas administrativas e operacionais voltadas para a complementação da prestação dos serviços de saúde da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. As despesas relacionadas neste plano terão média de **R\$ 2.500.000,00** (dois milhões e quinhentos mil reais), ficando o hospital responsável pelo complemento da fatura em caso de ultrapassagem deste limite.

03 - PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIRO

Meta	ESPECIFICAÇÃO	VALOR APLICADO	Duração	
			Início	Término
3.1	Custeio das Despesas Administrativas/ Operacionais da unidade de saúde (Manutenção dos serviços médicos e hospitalares compreendendo todas as especialidades médicas como as cirúrgicas, ortopédica, clínica médica, cardiovascular, ginecológica, Serviços de Apoio e Diagnóstico Terapêutico, e demais custos e despesas médicas necessárias). Despesas com tarifas de água, energia, telefone, internet, softwares, sistemas de TI, manutenções preventivas e corretivas de equipamentos médicos hospitalares e veículos (incluindo peças e mão de obra), locações de equipamentos, contratos com prestadores de serviços inerentes à manutenção geral e predial).	2.500.000,00	junho/2024	dezembro/2024
	TOTAL	2.500.000,00		

04 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

O cronograma de execução das ações, necessárias para realizar o custeio das despesas administrativas e operacionais deste nosocômio, considerando os gastos com prestação de serviços médicos e hospitalares, tarifas de água, energia, telefone, internet, softwares, sistemas de TI, manutenções preventivas e corretivas de equipamentos médicos hospitalares e veículos (incluindo peças e mão de obra), locações de equipamentos e os contratos com prestadores de serviços inerentes à manutenção geral e predial. Todas as despesas acima relacionadas são necessárias para dar continuidade à melhoria dos serviços médicos hospitalares.

05 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

META	AÇÕES	junho/2024
5.1	Custeio de despesas Administrativas e Operacionais da SCMV	R\$ 2.500.000,00

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.

Vitória, ES, 05 de junho de 2024.

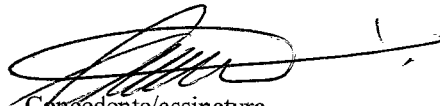
Maria da Penha Rodrigues D'avila
Provedora

07 APROVAÇÃO PELA CONCEDENTE

Aprovado

Vitória, 26 de JUNHO de 2024.

Local e Data


Concedente/assinatura

MARIA DA PENHA RODRIGUES D AVILA

CIDADÃO

assinado em 05/06/2024 12:29:25 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 05/06/2024 12:29:25 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)

por MARIA DA PENHA RODRIGUES D AVILA (CIDADÃO)

Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-9NDRGH>



PLANO DE TRABALHO

01 - DADOS CADASTRAIS

ÓRGÃO/ ENTIDADE PROPONENTE IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA				CNPJ 28.141.190/0001-86	
ENDEREÇO Rua Dr. João dos Santos neves, 143					
CIDADE Vitória	UF ES	CEP 29025-023	DDD/FONE (27) 3212-7228		E.A
CONTA CORRENTE 2295551-2		BANCO Banestes	AGÊNCIA 103	PRAÇA DE PAGAMENTO Vitória	
NOME DO RESPONSÁVEL Maria da Penha Rodrigues D'Avila					CPF 557.761.677-87
C.I. / ÓRGÃO EXPEDIDOR SSPES		CARGO Provedora	FUNÇÃO Provedora	MATRÍCULA 30354	
ENDEREÇO Rua Desembargador Augusto Botelho, 209 apartamento 401 – Praia da Costa – Vila Velha – ES					CEP 29101- 110

2 - DESCRIÇÃO DO PROJETO			
TÍTULO DO PROJETO: Execução de Cirurgias Eletivas de pessoas com Endometriose.		INÍCIO Julho/2024	TÉRMINO Julho/2024
IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO: Realização de 15 cirurgias mensalmente, pela Santa Casa de Misericórdia de Vitória, de pessoas acometidas com a doença de Endometriose, seja grau I, II, III ou IV, visando dar acesso à essas pessoas que necessitam do tratamento cirúrgico.			
JUSTIFICATIVA: - Nos serviços próprios ou contratualizados da Secretaria de Estado da Saúde não são realizadas as cirurgias para o tratamento da Endometriose, gerando várias demandas judiciais. Isso fez com que os técnicos da SESA buscassem alternativas para realizar o atendimento às pessoas que necessitam do serviço e, assim, a Secretaria de Estado da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde – SESA/SSAS, emitiu uma Nota Técnica justificando a necessidade de que o serviço fosse contratualizado; - Na tabela SUS não existe um código específico para cirurgia de endometriose e, a equipe técnica levantou alguns procedimentos que podem ser realizados, trazendo uma similaridade na tabela SUS, principalmente com o objetivo de precificar o valor das cirurgias; - Em seguida a Subsecretaria de Contratualização em Saúde elaborou um estudo para a definição dos valores a serem definidos para a contratualização. - A Santa Casa de Misericórdia de Vitória possui 185 leitos contratualizados com a Secretaria de Estado da Saúde, sendo que destes, 23 são de UTI Adulto tipo II, possuindo habilitação do Ministério da Saúde em serviços de alta complexidade, quais são: Oncologia, Cirurgia Cardiovascular, Cardiologia Intervencionista, Laboratório de Eletrofisiologia, Ortopedia, Lipodistrofia e, possui outros serviços de Média complexidade de Urologia, Cirurgia geral, Oftalmologia, dermatologia e, principalmente Ginecologia, além do Pronto Socorro, ambulatório de consultas especializadas, Exames de Média e Alta Complexidade, possuindo assim, capacidade técnica e estrutura física para a realização dos procedimentos cirúrgicos propostos pela SESA, no tratamento da Endometriose. A proposta será apresentada neste Plano de Trabalho, com base na Nota Técnica apresentada pela SESA - NOTA TÉCNICA CUSTOS ESTIMATIVOS GES Nº 02/2024 - E-Docs 2024-15HLB5 e 2024-1VMNRJ.			



03 – METAS FÍSICAS E FINANCEIRA

ESPECIFICAÇÃO	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
CIRURGIAS			
Cirurgia de Endometriose – Grau I	03	5.996,21	17.988,63
Cirurgia de Endometriose – Grau II	03	8.007,81	24.023,43
Cirurgia de Endometriose – Grau III	05	15.393,51	76.967,55
Cirurgia de Endometriose – Grau IV	04	21.867,53	87.470,12
SUB-TOTAL	15		206.449,73
DIÁRIAS	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
Grau I - 06 diárias	18	977,00	17.586,00
Grau II - 06 diárias	18	977,00	17.586,00
Grau III - 07 diárias	35	977,00	34.195,00
Grau IV - 07 diárias	28	977,00	27.356,00
SUB-TOTAL	99		96.723,00
OPME'S	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
Pinça Ultrassônica para cirurgia de Endometriose	15	2.000,00	30.000,00
SUB-TOTAL	15		30.000,00
VALOR TOTAL PLANO DE TRABALHO			333.172,73

Essas diárias seriam referentes a 15 leitos para execução de 15 cirurgias/mês.

O pagamento será realizado com base no monitoramento in loco para verificação dos atendimentos realizados, com base nos valores definidos na Nota Técnica 02/20244 para cada de cirurgia e seu respectivo estágio, acrescido do valor das diárias utilizadas para internação do referido paciente, não sendo considerada a diária do dia da alta.

Os leitos utilizados para internação das pacientes submetidas às cirurgias de endometriose não fazem parte do total dos leitos já contratualizados na rotina dos serviços ofertados pelo estabelecimento. Nesse contexto, é vedado ao estabelecimento a transferência das pacientes para qualquer leito já contratualizado.

04 - PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIRO

ESPECIFICAÇÃO	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
CIRURGIAS			
Cirurgia de Endometriose – Grau I	03	5.996,21	17.988,63
Cirurgia de Endometriose – Grau II	03	8.007,81	24.023,43
Cirurgia de Endometriose – Grau III	05	15.393,51	76.967,55
Cirurgia de Endometriose – Grau IV	04	21.867,53	87.470,12
SUB-TOTAL	15		206.449,73
DIÁRIAS	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
Grau I - 06 diárias	18	977,00	17.586,00
Grau II - 06 diárias	18	977,00	17.586,00
Grau III - 07 diárias	35	977,00	34.195,00
Grau IV - 07 diárias	28	977,00	27.356,00
SUB-TOTAL	99		96.723,00
OPME'S	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL



Pinça Ultrassônica para cirurgia de Endometriose	15	2.000,00	30.000,00
SUB-TOTAL	15		30.000,00
VALOR TOTAL PLANO DE TRABALHO			333.172,73

05- CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

ESPECIFICAÇÃO	QUANT. JULHO/24	VALOR TOTAL -
CIRURGIAS		
Cirurgia de Endometriose – Grau I	03	03
Cirurgia de Endometriose – Grau II	03	03
Cirurgia de Endometriose – Grau III	05	05
Cirurgia de Endometriose – Grau IV	04	04
SUB-TOTAL	15	15

A quantidade pode variar entre os grupos e meses, porém não pode ultrapassar o valor total do Plano de Trabalho.

06 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ESPECIFICAÇÃO	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
CIRURGIAS			
Cirurgia de Endometriose – Grau I	03	5.996,21	17.988,63
Cirurgia de Endometriose – Grau II	03	8.007,81	24.023,43
Cirurgia de Endometriose – Grau III	05	15.393,51	76.967,55
Cirurgia de Endometriose – Grau IV	04	21.867,53	87.470,12
SUB-TOTAL	15		206.449,73
DIÁRIAS	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
Grau I - 06 diárias	18	977,00	17.586,00
Grau II - 06 diárias	18	977,00	17.586,00
Grau III - 07 diárias	35	977,00	34.195,00
Grau IV - 07 diárias	28	977,00	27.356,00
SUB-TOTAL	99		96.723,00
OPME'S	QUANT. MENSAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
Pinça Ultrassônica para cirurgia de Endometriose	15	2.000,00	30.000,00
SUB-TOTAL	15		30.000,00
VALOR TOTAL PLANO DE TRABALHO			333.172,73

O valor pode variar entre os grupos e meses, porém não pode ultrapassar o valor total do Plano de Trabalho.

07 – FORMA DE MONITORAMENTO E REPASSE

O repasse será realizado de acordo com o serviço realizado/produzido. No mês subsequente



será apresentado um Relatório à Gerência de Contratação, com todos os procedimentos realizados por paciente.

Após, a equipe de monitoramento realizará a visita "in loco" para conferir no prontuário a realização dos mesmos, emitindo relatório para o setor de pagamento, que servirá de base para o repasse.

Os valores referente às consultas especializadas, exames laboratoriais, exames cardiológicos (risco cirúrgico) e exames de ultrasonografia serão pagos no faturamento do SIA de Média Complexidade e na Complementação de Recurso Estadual.

08- 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.

Vitória, 21 de junho de 2024.

Maria da Penha Rodrigues d' Ávila
Provedora da I.S.C.M.V.

09- APROVAÇÃO PELA CONCEDENTE

APROVADO

Vitória(ES), 26 de JUNHO de 2024.


Concedente / Assinatura

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

MARIA DA PENHA RODRIGUES D AVILA

CIDADÃO

assinado em 21/06/2024 14:42:10 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 21/06/2024 14:42:10 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)

por MARIA DA PENHA RODRIGUES D AVILA (CIDADÃO)

Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-7CKVLG>

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

ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA

SUBSECRETARIO ESTADO

SSEC - SESA - GOVES

assinado em 28/06/2024 14:45:26 -03:00

MARIA DA PENHA RODRIGUES D AVILA

CIDADÃO

assinado em 28/06/2024 14:38:00 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 28/06/2024 14:45:27 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por SILVIO MEIRELES GUIMARAES (ANALISTA DO EXECUTIVO - 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/2024-1VQ4K9>