



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

---

**CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº: 006/2022**

PROCESSO E-DOCS Nº: 2022-R4V0D

21º 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 21º 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 à **PORTARIA GM/MS 4.631** de 27 de Junho de 2024 – Piso de Enfermagem - Parcela de **Junho/2024** e fundamentação Jurídica da Lei 14.434/2022, **(b)** ampliação e adequação de serviços, **(c)** Prorrogação do período de vigência de 01/08/2024 a 31/10/2024, e **(d)** Acréscimo Financeiro de **R\$ 36.903.189,30** (trinta e seis milhões novecentos e três mil cento e oitenta e nove reais e trinta centavos), referente aos objetos (a), (b) e (c) 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\$ 347.214.340,78** (trezentos e quarenta e sete milhões duzentos e quatorze mil trezentos e quarenta reais e setenta 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** foi de **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).

**6.1.22** - O Recurso Financeiro aplicado ao **21º Termo Aditivo** será **R\$ 36.903.189,30** (trinta e seis milhões novecentos e três mil cento e oitenta e nove reais e trinta 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 **R\$ 36.903.189,30** (trinta e seis milhões novecentos e três mil cento e oitenta e nove reais e trinta centavos), conforme Quadro de Detalhamento anexo, e oneram recursos da fonte federal e estadual.

**6.2.2-** A parcela pré-fixada importa em **R\$ 22.464.880,44** (vinte e dois milhões quatrocentos e sessenta e quatro mil oitocentos e oitenta reais e quarenta e quatro 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 em **R\$ 17.075.675,90** (dezessete milhões setenta e cinco mil seiscentos e setenta e cinco reais e noventa centavos), em parcela mensal no mês de julho /2024 referente à Incorporação de Recurso Financeiro referente à **PORTARIA GM/MS 4.631** de 27 de Junho de 2024 – Piso de Enfermagem - Parcela de **Junho/2024** e fundamentação Jurídica da Lei 14.434/20222 no valor de **R\$ 6.048.792,58** (seis milhões quarenta e oito mil cento e setecentos e noventa e dois reais e cinquenta e oito centavos) e nos meses de agosto, setembro e outubro 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 o valor mensal de **R\$ 4.277.143,46** (quatro milhões duzentos e setenta e sete mil cento e quarenta e três reais e quarenta e seis centavos).

**6.2.8-** O componente pós-fixado, que corresponde aos Procedimentos Estratégicos – FAEC já cadastrados, será repassado ao HOSPITAL, à posteriori, (pós-produção, aprovação, processamento e apenas concomitantemente à respectiva transferência financeira do FNS), de acordo com a produção mensal aprovada pela SESA, até o limite da transferência do FNS, respeitado, similarmente, o limite para as modalidades de FAEC no Termo Aditivo do convênio contratualização e conforme programação disposta no Documento Descritivo, estimando-se um valor de mensal de **R\$ 535.626,16** (quinhentos e trinta e cinco mil seiscentos e vinte e seis reais e dezesseis centavos).

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

**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           | JULHO DE 2024    | AGOSTO DE 2024   | SETEMBRO e OUTUBRO DE 2024 | TOTAL            |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                               | R\$ 2.217.220,97 | R\$ 2.217.220,97 | R\$ 2.217.220,97 | R\$ 4.434.441,94           | R\$ 6.651.662,91 |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>                                             | R\$ 562.004,80   | R\$ 562.004,80   | R\$ 562.004,80   | R\$ 1.124.009,60           | R\$ 1.686.014,40 |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>                                | R\$ 1.412.377,76 | R\$ 1.412.377,76 | R\$ 1.412.377,76 | R\$ 2.824.755,51           | R\$ 4.237.133,27 |
| INTEGRASUS (Portaria nº 1702 GM/MS de 17/08/04 e Portaria nº 878 GM/MS de 08/05/02) - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 31.153,67    | R\$ 31.153,67    | R\$ 31.153,67    | R\$ 62.307,34              | R\$ 93.461,01    |
| FIDEPS (Portaria nº 1702 GM/MS de 17/08/04) - <b>Recurso Federal</b>                                         | R\$ 154.140,00   | R\$ 154.140,00   | R\$ 154.140,00   | R\$ 308.280,00             | R\$ 462.420,00   |
| FIVEH (Portaria nº 2529 GM/MS de 23/11/04) - <b>Recurso Federal</b>                                          | R\$ 5.000,00     | R\$ 5.000,00     | R\$ 5.000,00     | R\$ 10.000,00              | R\$ 15.000,00    |
| IAC (Incentivo de Adesão a Contratualização - Portaria                                                       | R\$ 630.329,20   | R\$ 630.329,20   | R\$ 630.329,20   | R\$ 1.260.658,40           | R\$ 1.890.987,60 |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

|                                                                                                                                                                                                                  |                         |                         |                         |                                   |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 3.166 de 20 de dezembro de 2013) - <b>Recurso Federal</b>                                                                                                                                                        |                         |                         |                         |                                   |                          |
| Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº3162 de 28 de dezembro de 2012) - <b>Recurso Federal</b>                                                                                                                | R\$ 300.000,00          | R\$ 300.000,00          | R\$ 300.000,00          | R\$ 600.000,00                    | R\$ 900.000,00           |
| Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº3162 de 28 de dezembro de 2012)<br>Qualificação de 07 leitos de UTI - <b>Recurso Federal</b>                                                                            | R\$ 61.565,28           | R\$ 61.565,28           | R\$ 61.565,28           | R\$ 123.130,56                    | R\$ 184.695,84           |
| Incentivo financeiro de custeio mensal - Residência Médica (Portaria GM/MS Nº 961 de 10 de julho de 2015) - <b>Recurso Federal</b>                                                                               | R\$ 128.000,00          | R\$ 128.000,00          | R\$ 128.000,00          | R\$ 256.000,00                    | R\$ 384.000,00           |
| 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) - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 11.650,00           | R\$ 11.650,00           | R\$ 11.650,00           | R\$ 23.300,00                     | R\$ 34.950,00            |
| PORTARIA GM/MS Nº 4.631, DE 27 DE JUNHO DE 2024, -RECURSO FEDERAL -PISO DA ENFERMAGEM - Parcela Junho/2024                                                                                                       | R\$ 0,00                | R\$ 535.350,87          | R\$ 0,00                | R\$ 0,00                          | R\$ 535.350,87           |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>                                                                                                                                                                               | <b>R\$ 2.779.225,77</b> | <b>R\$ 2.779.225,77</b> | <b>R\$ 2.779.225,77</b> | <b>R\$ 5.558.451,54</b>           | <b>R\$ 8.337.677,31</b>  |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>                                                                                                                                                                                | <b>R\$ 2.734.215,91</b> | <b>R\$ 3.269.566,78</b> | <b>R\$ 2.734.215,91</b> | <b>R\$ 5.468.431,81</b>           | <b>R\$ 8.737.998,59</b>  |
| <b>TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                                                                                                                     | <b>R\$ 5.513.441,68</b> | <b>R\$ 6.048.792,55</b> | <b>R\$ 5.513.441,68</b> | <b>R\$ 11.026.883,36</b>          | <b>R\$ 17.075.675,90</b> |
| <b>PRÉ-FIXADO 30%</b>                                                                                                                                                                                            | <b>MENSAL</b>           | <b>JULHO DE 2024</b>    | <b>AGOSTO DE 2024</b>   | <b>SETEMBRO e OUTUBRO DE 2024</b> | <b>TOTAL</b>             |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                                                                                                                                   | R\$ 950.237,56          | R\$ 950.237,56          | R\$ 950.237,56          | R\$ 1.900.475,12                  | R\$ 2.850.712,68         |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>                                                                                                                                                 | R\$ 240.859,20          | R\$ 240.859,20          | R\$ 240.859,20          | R\$ 481.718,40                    | R\$ 722.577,60           |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>                                                                                                                                    | R\$ 605.304,75          | R\$ 605.304,75          | R\$ 605.304,75          | R\$ 1.210.609,51                  | R\$ 1.815.914,26         |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>                                                                                                                                                                               | <b>R\$ 1.191.096,76</b> | <b>R\$ 1.191.096,76</b> | <b>R\$ 1.191.096,76</b> | <b>R\$ 2.382.193,52</b>           | <b>R\$ 3.573.290,28</b>  |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>                                                                                                                                                                                | <b>R\$ 605.304,75</b>   | <b>R\$ 605.304,75</b>   | <b>R\$ 605.304,75</b>   | <b>R\$ 1.210.609,51</b>           | <b>R\$ 1.815.914,26</b>  |
| <b>TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                                                                                                                     | <b>R\$ 1.796.401,51</b> | <b>R\$ 1.796.401,51</b> | <b>R\$ 1.796.401,51</b> | <b>R\$ 3.592.803,02</b>           | <b>R\$ 5.389.204,54</b>  |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

|                                                                                                       |                         |                         |                         |                                   |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL</b>                                                                    | <b>R\$ 3.970.322,53</b> | <b>R\$ 3.970.322,53</b> | <b>R\$ 3.970.322,53</b> | <b>R\$ 7.940.645,06</b>           | <b>R\$ 11.910.967,59</b> |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL</b>                                                                     | <b>R\$ 3.339.520,66</b> | <b>R\$ 3.874.871,53</b> | <b>R\$ 3.339.520,66</b> | <b>R\$ 6.679.041,32</b>           | <b>R\$ 10.553.912,85</b> |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                          | <b>R\$ 7.309.843,19</b> | <b>R\$ 7.845.194,06</b> | <b>R\$ 7.309.843,19</b> | <b>R\$ 14.619.686,38</b>          | <b>R\$ 22.464.880,44</b> |
| <b>COMPONENTE PÓS-FIXADO</b>                                                                          | <b>MENSAL</b>           | <b>JULHO DE 2024</b>    | <b>AGOSTO DE 2024</b>   | <b>SETEMBRO e OUTUBRO DE 2024</b> | <b>TOTAL</b>             |
| Procedimentos de média e alta complexidade - <b>Recurso Federal</b>                                   | R\$ 1.406.821,45        | R\$ 1.406.821,45        | R\$ 1.406.821,45        | R\$ 2.813.642,90                  | R\$ 4.220.464,35         |
| FAEC Ambulatorial- <b>Recurso Federal</b>                                                             | R\$ 124.936,43          | R\$ 124.936,43          | R\$ 124.936,43          | R\$ 249.872,86                    | R\$ 374.809,29           |
| FAEC Hospitalar- <b>Recurso Federal</b>                                                               | R\$ 385.274,33          | R\$ 385.274,33          | R\$ 385.274,33          | R\$ 770.548,66                    | R\$ 1.155.822,99         |
| FAEC DOENÇAS RARAS - <b>Recurso Federal</b>                                                           | R\$ 16.000,00           | R\$ 16.000,00           | R\$ 16.000,00           | R\$ 32.000,00                     | R\$ 48.000,00            |
| FAEC TRANSPLANTE DE CÓRNEA - <b>Recurso Federal</b>                                                   | R\$ 9.415,40            | R\$ 9.415,40            | R\$ 9.415,40            | R\$ 18.830,80                     | R\$ 28.246,20            |
| SIH Alta - oftalmologia - <b>Recurso Federal</b>                                                      | R\$ 17.769,92           | R\$ 17.769,92           | R\$ 17.769,92           | R\$ 35.539,84                     | R\$ 53.309,76            |
| SIH Média- Hospital dia Dermatologia - <b>Recurso Federal</b>                                         | R\$ 5.433,00            | R\$ 5.433,00            | R\$ 5.433,00            | R\$ 10.866,00                     | R\$ 16.299,00            |
| SIH Alta- Hospital dia Dermatologia - <b>Recurso Federal</b>                                          | R\$ 18.240,00           | R\$ 18.240,00           | R\$ 18.240,00           | R\$ 36.480,00                     | R\$ 54.720,00            |
| Cirurgias Eletivas - Portaria GM/MS nº 2.336, de 12 de dezembro de 2023 - <b>Recurso Federal</b>      | R\$ 897.412,93          | R\$ 897.412,93          | R\$ 897.412,93          | R\$ 1.794.825,86                  | R\$ 2.692.238,79         |
| Cirurgias de Endometriose - Portaria GM/MS nº 544, de 3 de maio de 2023 - <b>Recurso Federal</b>      | R\$ 333.172,73          | R\$ 333.172,73          | R\$ 333.172,73          | R\$ 666.345,46                    | R\$ 999.518,19           |
| SIH e SIA de Média e Alta Complexidade - Oftalmologia (Portaria 126-R/2023) - <b>Recurso Estadual</b> | R\$ 138.538,71          | R\$ 138.538,71          | R\$ 138.538,71          | R\$ 277.077,42                    | R\$ 415.616,13           |
| Consultas - <b>Recurso Estadual</b>                                                                   | R\$ 184.100,00          | R\$ 184.100,00          | R\$ 184.100,00          | R\$ 368.200,00                    | R\$ 552.300,00           |
| Exames - <b>Recurso Estadual</b>                                                                      | R\$ 160.213,68          | R\$ 160.213,68          | R\$ 160.213,68          | R\$ 320.427,36                    | R\$ 480.641,04           |
| OPME's Alta complexidade - <b>Recurso Estadual</b>                                                    | R\$ 405.266,38          | R\$ 405.266,38          | R\$ 405.266,38          | R\$ 810.532,76                    | R\$ 1.215.799,14         |
| OPME's Não padronizadas na tabela SUS – via portaria nº 061-R, 31/07/2023- <b>Recurso Estadual</b>    | R\$ 710.174,66          | R\$ 710.174,66          | R\$ 710.174,66          | R\$ 1.420.349,32                  | R\$ 2.130.523,98         |



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA SAÚDE

|                                          |                   |                   |                   |                   |                   |
|------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| TOTAL PÓS-FIXADO<br>FEDERAL              | R\$ 3.214.476,19  | R\$ 3.214.476,19  | R\$ 3.214.476,19  | R\$ 6.428.952,38  | R\$ 9.643.428,57  |
| TOTAL PÓS-FIXADO<br>ESTADUAL             | R\$ 1.598.293,43  | R\$ 1.598.293,43  | R\$ 1.598.293,43  | R\$ 3.196.586,86  | R\$ 4.794.880,29  |
| TOTAL PÓS-FIXADO -<br>FEDERAL + ESTADUAL | R\$ 4.812.769,62  | R\$ 4.812.769,62  | R\$ 4.812.769,62  | R\$ 9.625.539,24  | R\$ 14.438.308,86 |
| TOTAL FEDERAL                            | R\$ 6.553.996,85  | R\$ 7.089.347,72  | R\$ 6.553.996,85  | R\$ 13.107.993,70 | R\$ 20.197.341,42 |
| TOTAL ESTADUAL                           | R\$ 5.568.615,96  | R\$ 5.568.615,96  | R\$ 5.568.615,96  | R\$ 11.137.231,92 | R\$ 16.705.847,88 |
| TOTAL DO CONVÊNIO                        | R\$ 12.122.612,81 | R\$ 12.657.963,68 | R\$ 12.122.612,81 | R\$ 24.245.225,62 | R\$ 36.903.189,30 |
| VALOR DO ADITIVO                         |                   |                   |                   |                   | R\$ 36.903.189,30 |

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 julho de 2024

**CONCEDENTE:**

**ALEXANDRE AQUINO DE FREITAS CUNHA**

Subsecretário de Estado de Contratualização em Saúde



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DA 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 **21º 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 **21º 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 julho de 2024

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

## **ANEXO I**

### **DOCUMENTO DESCRITIVO – 21º TERMO ADITIVO HOSPITAL IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA**

CONVÊNIO DE CONTRATUALIZAÇÃO Nº 006/2022

PROCESSO E-DOCS: 2022-R4V0D

PERÍODO DE VIGÊNCIA: 07/2024 a 10/2024

## **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<br>AMBULATORIAL..... | 13 |
| X – ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO.....                                 | 15 |
| XI – PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS.                   | 19 |
| APROVAÇÃO .....                                                         | 20 |
| ANEXOS .....                                                            | 21 |

## I - IDENTIFICAÇÃO

|                                                                                   |                        |                                                                 |                          |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|
| <b>Conveniente</b>                                                                |                        |                                                                 | <b>CNPJ</b>              |            |
| Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória                                |                        |                                                                 | 28.141.190/0001-86       |            |
| <b>Endereço</b>                                                                   |                        | <b>Município</b>                                                | <b>UF</b>                | <b>CEP</b> |
| Rua Dr. João dos Santos Neves, 143 – Vila Rubim                                   |                        | Vitória                                                         | ES                       | 29018-180  |
| <b>Macrorregião</b>                                                               | <b>Microrregião</b>    | <b>SRS</b>                                                      | <b>CNES</b>              |            |
| Centro Vitória                                                                    | Vitória                | Vitória                                                         | 0011746                  |            |
| <b>Telefone</b>                                                                   | <b>Fax</b>             | <b>E-mail</b>                                                   |                          |            |
| (27) 3312-7200                                                                    | (27) 3222-8583         | provedoria@santacasavitoria.org                                 |                          |            |
| <b>Nome do Responsável</b>                                                        |                        |                                                                 |                          |            |
| Maria da Penha Rodrigues D'Ávila                                                  |                        |                                                                 |                          |            |
| <b>CPF</b>                                                                        | <b>Função</b>          | <b>Período de vigência</b>                                      |                          |            |
| 557.761.677-87                                                                    | Provedoria             |                                                                 |                          |            |
| <b>CI</b>                                                                         | <b>Órgão expedidor</b> | 07/2024 a 10/2024                                               |                          |            |
| 217.892                                                                           | SSP ES                 |                                                                 |                          |            |
| Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS. |                        |                                                                 |                          |            |
| <b>Banco</b>                                                                      | <b>Agência</b>         | <b>Conta Corrente</b>                                           | <b>Praça</b>             |            |
| Banestes                                                                          | 103                    | 3524144-7                                                       | Vitória – Parque Moscoso |            |
| <b>Banco</b>                                                                      | <b>Agência</b>         | <b>Conta Corrente – Exclusiva para Piso salarial enfermagem</b> | <b>Praça</b>             |            |
| Banestes                                                                          | 103                    | 37435039                                                        | Vitória – Parque Moscoso |            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Missão</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Fazer a diferença na vida das pessoas promovendo com qualidade a saúde e a educação.                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Visão</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ser reconhecido até 2023 como uma instituição que promove o amor ao próximo, com gestão sustentável, resultados clínicos eficazes e geração de conhecimento.                                                                                                                                                                               |
| <b>Valores</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Respeito às pessoas: Transparência: Competência; Tradição com inovação: Solidariedade; Sustentabilidade.                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:</b>                                                                                                                                                                                                                 |
| 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. |
| <b>Área de Abrangência</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 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

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

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

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

#### **IV – CONSIDERAÇÕES GERAIS**

Este Documento Descritivo foi elaborado com o objetivo de formalizar a parceria para realização de serviços, ações e atividades de saúde no âmbito da Portaria MS 3410/2013 em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS/ES e, a Política Estadual de Contratualização definida pela Portaria Estadual nº042-R, de 14 de junho de 2023 que altera e atualiza a Portaria nº076-R/2022.

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

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

#### **V – PERFIL ASSISTENCIAL**

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

#### **VI – COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

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

- 1) **PRÉ-FIXADA:** tem como base a capacidade instalada e o perfil assistencial da unidade hospitalar, vinculada a:

- I. habilitação, qualificação e disponibilidade de leitos para a regulação;
- II. qualificação e disponibilidade de leitos de sala vermelha – Pronto Socorro;
- III. incentivos federais nos termos das respectivas normas e efetivação de repasses federais.

A quantidade e proporção de leitos a serem habilitados, qualificados e contratualizados serão definidos pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com a necessidade e o perfil assistencial da unidade hospitalar contratualizada, com deliberação da Comissão 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         |
| <b>TOTAL</b>                              | <b>185</b> |

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

### 8.2- Atendimento à Urgências

#### 8.2.1 Sala Vermelha

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

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

## 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 entre 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**

| <b>Ambulatório Especializado</b>                       | <b>Oferta Mensal Contratual</b> |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 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         |
| <b>TOTAL</b>                             | <b>9205</b> |

## 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 |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------|
| $\geq 95$ a $< 100$  | 0%                                                                   |
| $\geq 92$ a $< 95$   | 5%                                                                   |
| $\geq 90$ a $< 92$   | 10%                                                                  |
| $\geq 88$ a $< 90$   | 15%                                                                  |
| $\geq 85$ a $< 88$   | 20%                                                                  |
| $\geq 82$ a $< 85$   | 25%                                                                  |
| $\geq 80$ a $< 82$   | 30%                                                                  |
| $\geq 78$ a $< 80$   | 40%                                                                  |
| $\geq 76$ a $< 78$   | 50%                                                                  |
| $\geq 74$ a $< 76$   | 60%                                                                  |
| $\geq 72$ a $< 74$   | 70%                                                                  |
| $\geq 70$ a $< 72$   | 80%                                                                  |
| $< 70$               | 90%                                                                  |

### 10.2 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)                | <p>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:</p> <p><b>Hospitais Estruturantes:</b><br/>ONA nível 1 em 18 meses<br/>ONA nível 2 em 30 meses,<br/>ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter.</p> <p><b>Hospitais Estratégicos:</b><br/>Certificação ONA 1 em 18 meses</p> <p><b>Hospitais de Apoio:</b><br/>Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses.<br/>Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma</p>                                                                                                                                                                                      | 5,0         |
| <b>2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS</b>                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>5,0</b>  |
| 2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial | <p>A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser <math>\geq 95\%</math> dos funcionários.</p> <p>Apresentar Plano de Educação Continuada ativo e cronograma de treinamento.<br/>É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 5,0         |
| <b>3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>15,0</b> |
| 3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar   | <p>Manter as seguintes Comissões em pleno funcionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comissão de Revisão de Prontuário;</li> <li>- Comissão de Óbitos;</li> <li>- Comissão de Ética Médica;</li> <li>- Comissão de Ética em Enfermagem;</li> <li>- Comissão de Farmácia e Terapêutica;</li> <li>- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);</li> <li>- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber;</li> <li>- Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);</li> <li>- Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino;</li> <li>- Comissão de Segurança do Paciente;</li> <li>- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e</li> <li>- Grupo Técnico de Humanização (GTH).</li> </ul> | 10,0        |
| 3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente                            | <p>Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação do Paciente;</li> <li>- Cirurgia Segura;</li> <li>- Prevenção de Úlcera de Pressão;</li> <li>- Prática de Higiene das mãos em serviços de</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 5,0         |

|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|                                                                                                                          | Saúde;<br>-Segurança da Prescrição, Uso e<br>Administração de medicamentos;<br>-Prevenção de Quedas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |
| <b>4. EXPERIÊNCIADOUSUÁRIO</b>                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>5,0</b>  |
| 4.1. ExperienciadoUsuário, ou<br><br>Pesquisaavaliada<br>prioritariamentepela metodologia<br>doNPS (Net Promoter Score). | Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do<br>próprio hospital.<br><br>Atingir resposta ótimo e bom:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 65\%</math> - 5,0 pontos;</li> <li>• 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos;</li> <li>• <math>\leq 61,99</math> – zero.</li> </ul> OU<br><br>Atingir índice do NPS 65:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• SIM - 5,0 pontos;</li> <li>• NÃO – zero.</li> </ul> OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a a s<br>monitorada. | 5,0         |
| <b>5. ACESSO AOSISTEMA</b>                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>45,0</b> |
| 5.1.Acesso Hospitalar                                                                                                    | Aceitar os pacientes para internação nos leitos<br>contratualizados e disponibilizados<br>eletronicamente à central de regulação de<br>internação.<br>Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do<br>perfil.                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 5,0         |
| 5.2. TempodeRegulação                                                                                                    | Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95%<br>das solicitações respondidas em até 2 horas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 5,0         |
| 5.3. Disponibilidade do Leito<br>contratualizado                                                                         | Ter 100% dos leitos contratualizados<br>disponibilizados e inseridos no Sistema de<br>Regulação.<br>(leitos não disponibilizados por qualquer motivo<br>devem ser considerados para a análise)                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 10,0        |
| 5.4 . Acesso à Consulta<br>Ambulatorial Especializada                                                                    | 100% das Consultas pactuados e definidas no<br>DODE disponibilizadas no sistema de<br>regulação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 10,0        |
| 5.5 . Acesso aos Exames<br>Especializada                                                                                 | 100% dos Exames pactuados e definidos no<br>DODE, disponibilizadas no sistema de<br>regulação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 10,0        |
| 5.6. Suspensão de Cirurgias<br>Programadas                                                                               | Manter a taxa de suspensão de cirurgias<br>programadas $\leq 8\%$<br><br>Atingir percentual:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\leq 8,0\%</math> - 5,0 pontos;</li> <li>• 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos;</li> <li>• <math>\geq 10,0\%</math> – zero.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                | 5,0         |
| <b>6.EFICIÊNCIANO USODO LEITO</b>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>25,0</b> |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência.         | - Alcançar e manter em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência). | 15,0         |
| 6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação.         | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação.                                                               | 5,0          |
| 6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas. | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas.                                                       | 5,0          |
| <b>TOTAL</b>                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                               | <b>100,0</b> |

## XI- PROGRAMAÇÃO DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

| COMPONENTE DO PRÉ-FIXADO - VALOR GLOBAL                                                                          |                  |                  |                  |                            |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|----------------------------|------------------|
| PRÉ-FIXADO 70%                                                                                                   | MENSAL           | JULHO DE 2024    | AGOSTO DE 2024   | SETEMBRO e OUTUBRO DE 2024 | TOTAL            |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                                   | R\$ 2.217.220,97 | R\$ 2.217.220,97 | R\$ 2.217.220,97 | R\$ 4.434.441,94           | R\$ 6.651.662,91 |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro - <b>Recurso Estadual</b>                                                | R\$ 562.004,80   | R\$ 562.004,80   | R\$ 562.004,80   | R\$ 1.124.009,60           | R\$ 1.686.014,40 |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>                                    | R\$ 1.412.377,76 | R\$ 1.412.377,76 | R\$ 1.412.377,76 | R\$ 2.824.755,51           | R\$ 4.237.133,27 |
| INTEGRASUS (Portaria nº 1702 GM/MS de 17/08/04 e Portaria nº 878 GM/MS de 08/05/02) - <b>Recurso Federal</b>     | R\$ 31.153,67    | R\$ 31.153,67    | R\$ 31.153,67    | R\$ 62.307,34              | R\$ 93.461,01    |
| FIDEPS (Portaria nº 1702 GM/MS de 17/08/04) - <b>Recurso Federal</b>                                             | R\$ 154.140,00   | R\$ 154.140,00   | R\$ 154.140,00   | R\$ 308.280,00             | R\$ 462.420,00   |
| FIVEH (Portaria nº 2529 GM/MS de 23/11/04) - <b>Recurso Federal</b>                                              | R\$ 5.000,00     | R\$ 5.000,00     | R\$ 5.000,00     | R\$ 10.000,00              | R\$ 15.000,00    |
| IAC (Incentivo de Adesão a Contratualização - Portaria 3.166 de 20 de dezembro de 2013) - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 630.329,20   | R\$ 630.329,20   | R\$ 630.329,20   | R\$ 1.260.658,40           | R\$ 1.890.987,60 |
| Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº 3162 de 28 de dezembro de 2012) - <b>Recurso Federal</b>               | R\$ 300.000,00   | R\$ 300.000,00   | R\$ 300.000,00   | R\$ 600.000,00             | R\$ 900.000,00   |

|                                                                                                                                                                                                                  |                         |                         |                         |                                   |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Rede de atenção as Urgências (Portaria Nº3162 de 28 de dezembro de 2012) Qualificação de 07 leitos de UTI - <b>Recurso Federal</b>                                                                               | R\$ 61.565,28           | R\$ 61.565,28           | R\$ 61.565,28           | R\$ 123.130,56                    | R\$ 184.695,84           |
| Incentivo financeiro de custeio mensal - Residência Médica (Portaria GM/MS Nº 961 de 10 de julho de 2015) - <b>Recurso Federal</b>                                                                               | R\$ 128.000,00          | R\$ 128.000,00          | R\$ 128.000,00          | R\$ 256.000,00                    | R\$ 384.000,00           |
| 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) - <b>Recurso Federal</b> | R\$ 11.650,00           | R\$ 11.650,00           | R\$ 11.650,00           | R\$ 23.300,00                     | R\$ 34.950,00            |
| PORTARIA GM/MS Nº 4.631, DE 27 DE JUNHO DE 2024, -RECURSO FEDERAL -PISO DA ENFERMAGEM - Parcela Junho/2024                                                                                                       | R\$ 0,00                | R\$ 535.350,87          | R\$ 0,00                | R\$ 0,00                          | R\$ 535.350,87           |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>                                                                                                                                                                               | <b>R\$ 2.779.225,77</b> | <b>R\$ 2.779.225,77</b> | <b>R\$ 2.779.225,77</b> | <b>R\$ 5.558.451,54</b>           | <b>R\$ 8.337.677,31</b>  |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>                                                                                                                                                                                | <b>R\$ 2.734.215,91</b> | <b>R\$ 3.269.566,78</b> | <b>R\$ 2.734.215,91</b> | <b>R\$ 5.468.431,81</b>           | <b>R\$ 8.737.998,59</b>  |
| <b>TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                                                                                                                     | <b>R\$ 5.513.441,68</b> | <b>R\$ 6.048.792,55</b> | <b>R\$ 5.513.441,68</b> | <b>R\$ 11.026.883,36</b>          | <b>R\$ 17.075.675,90</b> |
| <b>PRÉ-FIXADO 30%</b>                                                                                                                                                                                            | <b>MENSAL</b>           | <b>JULHO DE 2024</b>    | <b>AGOSTO DE 2024</b>   | <b>SETEMBRO e OUTUBRO DE 2024</b> | <b>TOTAL</b>             |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Estadual</b>                                                                                                                                   | R\$ 950.237,56          | R\$ 950.237,56          | R\$ 950.237,56          | R\$ 1.900.475,12                  | R\$ 2.850.712,68         |
| LEITOS - Sala Vermelha – Pronto Socorro- <b>Recurso Estadual</b>                                                                                                                                                 | R\$ 240.859,20          | R\$ 240.859,20          | R\$ 240.859,20          | R\$ 481.718,40                    | R\$ 722.577,60           |
| LEITOS - Habilitação, qualificação e disponibilidade - <b>Recurso Federal</b>                                                                                                                                    | R\$ 605.304,75          | R\$ 605.304,75          | R\$ 605.304,75          | R\$ 1.210.609,51                  | R\$ 1.815.914,26         |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Estadual</b>                                                                                                                                                                               | <b>R\$ 1.191.096,76</b> | <b>R\$ 1.191.096,76</b> | <b>R\$ 1.191.096,76</b> | <b>R\$ 2.382.193,52</b>           | <b>R\$ 3.573.290,28</b>  |
| <b>SUBTOTAL - Recurso Federal</b>                                                                                                                                                                                | <b>R\$ 605.304,75</b>   | <b>R\$ 605.304,75</b>   | <b>R\$ 605.304,75</b>   | <b>R\$ 1.210.609,51</b>           | <b>R\$ 1.815.914,26</b>  |
| <b>TOTAL DOS RECURSOS ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                                                                                                                                     | <b>R\$ 1.796.401,51</b> | <b>R\$ 1.796.401,51</b> | <b>R\$ 1.796.401,51</b> | <b>R\$ 3.592.803,02</b>           | <b>R\$ 5.389.204,54</b>  |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL</b>                                                                                                                                                                               | <b>R\$ 3.970.322,53</b> | <b>R\$ 3.970.322,53</b> | <b>R\$ 3.970.322,53</b> | <b>R\$ 7.940.645,06</b>           | <b>R\$ 11.910.967,59</b> |
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - FEDERAL</b>                                                                                                                                                                                | <b>R\$ 3.339.520,66</b> | <b>R\$ 3.874.871,53</b> | <b>R\$ 3.339.520,66</b> | <b>R\$ 6.679.041,32</b>           | <b>R\$ 10.553.912,85</b> |

|                                                                                                       |                         |                         |                         |                                   |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| <b>TOTAL PRÉ-FIXADO - ESTADUAL + FEDERAL</b>                                                          | <b>R\$ 7.309.843,19</b> | <b>R\$ 7.845.194,06</b> | <b>R\$ 7.309.843,19</b> | <b>R\$ 14.619.686,38</b>          | <b>R\$ 22.464.880,44</b> |
| <b>COMPONENTE PÓS-FIXADO</b>                                                                          | <b>MENSAL</b>           | <b>JULHO DE 2024</b>    | <b>AGOSTO DE 2024</b>   | <b>SETEMBRO e OUTUBRO DE 2024</b> | <b>TOTAL</b>             |
| Procedimentos de média e alta complexidade - <b>Recurso Federal</b>                                   | R\$ 1.406.821,45        | R\$ 1.406.821,45        | R\$ 1.406.821,45        | R\$ 2.813.642,90                  | R\$ 4.220.464,35         |
| FAEC Ambulatorial- <b>Recurso Federal</b>                                                             | R\$ 124.936,43          | R\$ 124.936,43          | R\$ 124.936,43          | R\$ 249.872,86                    | R\$ 374.809,29           |
| FAEC Hospitalar- <b>Recurso Federal</b>                                                               | R\$ 385.274,33          | R\$ 385.274,33          | R\$ 385.274,33          | R\$ 770.548,66                    | R\$ 1.155.822,99         |
| FAEC DOENÇAS RARAS - <b>Recurso Federal</b>                                                           | R\$ 16.000,00           | R\$ 16.000,00           | R\$ 16.000,00           | R\$ 32.000,00                     | R\$ 48.000,00            |
| FAEC TRANSPLANTE DE CÓRNEA - <b>Recurso Federal</b>                                                   | R\$ 9.415,40            | R\$ 9.415,40            | R\$ 9.415,40            | R\$ 18.830,80                     | R\$ 28.246,20            |
| SIH Alta - oftalmologia - <b>Recurso Federal</b>                                                      | R\$ 17.769,92           | R\$ 17.769,92           | R\$ 17.769,92           | R\$ 35.539,84                     | R\$ 53.309,76            |
| SIH Média- Hospital dia Dermatologia - <b>Recurso Federal</b>                                         | R\$ 5.433,00            | R\$ 5.433,00            | R\$ 5.433,00            | R\$ 10.866,00                     | R\$ 16.299,00            |
| SIH Alta- Hospital dia Dermatologia - <b>Recurso Federal</b>                                          | R\$ 18.240,00           | R\$ 18.240,00           | R\$ 18.240,00           | R\$ 36.480,00                     | R\$ 54.720,00            |
| Cirurgias Eletivas - Portaria GM/MS nº 2.336, de 12 de dezembro de 2023 - <b>Recurso Federal</b>      | R\$ 897.412,93          | R\$ 897.412,93          | R\$ 897.412,93          | R\$ 1.794.825,86                  | R\$ 2.692.238,79         |
| Cirurgias de Endometriose - Portaria GM/MS nº 544, de 3 de maio de 2023 - <b>Recurso Federal</b>      | R\$ 333.172,73          | R\$ 333.172,73          | R\$ 333.172,73          | R\$ 666.345,46                    | R\$ 999.518,19           |
| SIH e SIA de Média e Alta Complexidade - Oftalmologia (Portaria 126-R/2023) - <b>Recurso Estadual</b> | R\$ 138.538,71          | R\$ 138.538,71          | R\$ 138.538,71          | R\$ 277.077,42                    | R\$ 415.616,13           |
| Consultas - <b>Recurso Estadual</b>                                                                   | R\$ 184.100,00          | R\$ 184.100,00          | R\$ 184.100,00          | R\$ 368.200,00                    | R\$ 552.300,00           |
| Exames - <b>Recurso Estadual</b>                                                                      | R\$ 160.213,68          | R\$ 160.213,68          | R\$ 160.213,68          | R\$ 320.427,36                    | R\$ 480.641,04           |
| OPME's Alta complexidade - <b>Recurso Estadual</b>                                                    | R\$ 405.266,38          | R\$ 405.266,38          | R\$ 405.266,38          | R\$ 810.532,76                    | R\$ 1.215.799,14         |
| OPME's Não padronizadas na tabela SUS – via portaria nº 061-R, 31/07/2023- <b>Recurso Estadual</b>    | R\$ 710.174,66          | R\$ 710.174,66          | R\$ 710.174,66          | R\$ 1.420.349,32                  | R\$ 2.130.523,98         |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO FEDERAL</b>                                                                       | <b>R\$ 3.214.476,19</b> | <b>R\$ 3.214.476,19</b> | <b>R\$ 3.214.476,19</b> | <b>R\$ 6.428.952,38</b>           | <b>R\$ 9.643.428,57</b>  |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO ESTADUAL</b>                                                                      | <b>R\$ 1.598.293,43</b> | <b>R\$ 1.598.293,43</b> | <b>R\$ 1.598.293,43</b> | <b>R\$ 3.196.586,86</b>           | <b>R\$ 4.794.880,29</b>  |
| <b>TOTAL PÓS-FIXADO - FEDERAL + ESTADUAL</b>                                                          | <b>R\$ 4.812.769,62</b> | <b>R\$ 4.812.769,62</b> | <b>R\$ 4.812.769,62</b> | <b>R\$ 9.625.539,24</b>           | <b>R\$ 14.438.308,86</b> |

|                   |                   |                   |                   |                   |                   |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| TOTAL FEDERAL     | R\$ 6.553.996,85  | R\$ 7.089.347,72  | R\$ 6.553.996,85  | R\$ 13.107.993,70 | R\$ 20.197.341,42 |
| TOTAL ESTADUAL    | R\$ 5.568.615,96  | R\$ 5.568.615,96  | R\$ 5.568.615,96  | R\$ 11.137.231,92 | R\$ 16.705.847,88 |
| TOTAL DO CONVÊNIO | R\$ 12.122.612,81 | R\$ 12.657.963,68 | R\$ 12.122.612,81 | R\$ 24.245.225,62 | R\$ 36.903.189,30 |
| VALOR DO ADITIVO  |                   |                   |                   |                   | R\$ 36.903.189,30 |

### APROVAÇÃO

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo é de **R\$ 36.903.189,30**(trinta e seis milhões novecentos e três mil cento e oitenta e nove reais e trinta centavos).

**Assinatura e carimbo da Concedente**

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

Assinatura

**Assinatura e carimbo da Conveniente**

Nome: **MARIA DA PENHA RODRIGUES D'ÁVILA**  
CI: 217.892 - Órgão Expedidor: SSP - ES  
CPF: 557.761.677-87

Assinatura

Vitória/ES, de Julho 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          |
| <b>TOTAL</b>                              | <b>185</b> |                       |                       | <b>R\$ 5.185.141,04</b> |

| 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       |
| <b>TOTAL</b>      | <b>10</b> |                       | <b>R\$ 2.641,00</b>   | <b>R\$802.864,00</b> |

|                              |            |  |  |                         |
|------------------------------|------------|--|--|-------------------------|
| <b>TOTAL GERAL DE LEITOS</b> | <b>195</b> |  |  | <b>R\$ 5.988.005,04</b> |
|------------------------------|------------|--|--|-------------------------|

**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          |
| <b>TOTAL</b>                                    | <b>9205</b> | <b>1772</b> | <b>7433</b> |           |               |           | <b>R\$ 184.100,00</b> |

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 1º Vez (Acesso) | Quantidade autogestão (retorno) | Valor Unitário Tabela SUS | Valor Unitário Tabela SUS Capixaba | Valor Unitário Diferença Tabela | Valor Complemento 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         |
|                                                                                                                                                           |                | <b>1927</b> | <b>811</b> | <b>1116</b> |           |            |            | <b>R\$ 160.213,68</b> |
| <b>Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.</b> |                |             |            |             |           |            |            |                       |

### SIA - MÉDIA COMPLEXIDADE

| RECURSO FEDERAL                                     |                                       |                                                         |            |                |               |                            |                                 |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------|----------------|---------------|----------------------------|---------------------------------|
| Grupo                                               | Subgrupo                              | Forma Organizacional                                    | Quant/ mês | Valor Unitário | Valor/mês     | Quantidade 1º Vez (Acesso) | Quantidade autogestão (retorno) |
| <b>02- Procedimentos com Finalidade Diagnóstica</b> | 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 Bioquimicos                                      | 3.308      | R\$ 4,36       | R\$ 14.422,88 | 0                          | 3.308                           |
|                                                     |                                       | 02-Exames Hematologicos 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 Sorologicos e Imunologicos                                                                                 | 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 Microbiologicos                                                                                            | 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 ossea 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 citopatológicoCervico - 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-cirúrgica 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 palpável de mama associada a mamografia                              | 5   | R\$ 62,50  | R\$ 312,50    | 0   | 5   |
|  |                                     | 04-Exames Radiológicos 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 Radiológicos da CinturaPelvica 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 palpável 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     |
| <b>03- Procedimentos Clínicos</b> | 01-Consultas/ Atendimentos/ Acompanhamentos             | 01-Consultas Medicas/Outros Prof. de Nivel superior/amb.                                                          | 9.205 | R\$ 10,00 | R\$ 92.050,00 | 1772 | 7.433 |
|                                   |                                                         | 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                                                  | 0     | 6,30      | R\$ 0,00      | 0    | 0     |

|                                    |                                             |                                                                                 |     |            |              |   |     |
|------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----|------------|--------------|---|-----|
| 04-<br>Procedimentos<br>Cirurgicos |                                             | ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)                                                   |     |            |              |   |     |
|                                    |                                             | 04.003-6-TERAPIA EM GRUPO                                                       | 0   | 6,15       | R\$ 0,00     | 0 | 0   |
|                                    |                                             | 04.004-4-TERAPIA INDIVIDUAL                                                     | 0   | 2,81       | R\$ 0,00     | 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 | 0   | R\$ 6,35   | R\$ 0,00     | 0 | 0   |
|                                    | 03-Tratamento Clínico Outras Especialidades | 02-Trat doensang. Org hematop, algtranst                                        | 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   |
|                                    | 05-Cirurgia do Aparelho da Visão            | 01 Pequena Cirurgia e Cirurgia de Pele, Tecido Subcutaneo e mucosa              | 80  | R\$ 13,49  | R\$ 1.079,46 | 0 | 80  |
|                                    |                                             | 01 - Palpebras e vias lacrimais                                                 | 16  | R\$ 337,11 | R\$ 5.393,76 | 0 | 16  |
|                                    |                                             | 01 - Reconstrução de canal lacrimal - 0405010117                                | 1   | R\$ 689,86 | R\$ 689,86   | 0 | 1   |
|                                    |                                             | 01-Correção cirurgica de entropio e ectropio                                    | 2   | R\$ 203,74 | R\$ 407,48   | 0 | 2   |
|                                    |                                             | 01-Exerese de calazio e outras pequenas lesões da palpebra e supercilios        | 2   | R\$ 78,75  | R\$ 157,50   | 0 | 2   |

|  |  |                                                                                 |    |              |              |    |    |
|--|--|---------------------------------------------------------------------------------|----|--------------|--------------|----|----|
|  |  | 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  |
|  |  | 04.05.02.001-5 - Correção Cirúrgica do Estrabismo (acima de 2 músculos)         | 1  | R\$ 1.661,76 | R\$ 1.661,76 | 0  | 1  |
|  |  | 04.05.02.002-3 - Correção Cirúrgica do Estrabismo (até 2 músculos)              | 5  | R\$ 1.167,82 | R\$ 5.839,10 | 0  | 5  |
|  |  | 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-vitreo - 0405030053                                          | 5  | R\$ 84,72    | R\$ 423,60   | 0  | 5  |
|  |  | 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 Proteaseantiglaumatososa - 0405050135                          | 2  | R\$ 873,61   | R\$ 1.747,22 | 0  | 2  |
|  |  | 05-Conjuntiva,cónea,câmara anterior,íris,corpo ciliar e cristalino - 0405050119 | 2  | R\$ 651,60   | R\$ 1.303,20 | 0  | 2  |
|  |  | 05-Conjuntiva,cónea,câmara anterior,íris,corpo ciliar e cristalino - 0405050097 | 1  | R\$ 531,60   | R\$ 531,60   | 0  | 2  |
|  |  | 05-Conjuntiva,cónea,câmara anterior,íris,corpo ciliar e cristalino - 0405050100 | 1  | R\$ 483,60   | R\$ 483,60   | 0  | 1  |

|                                                                                                                                                           |                                                                    |                                                                                 |               |            |                       |             |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|-----------------------|-------------|---------------|
|                                                                                                                                                           |                                                                    | 05-Conjuntiva,cónea,câmara anterior,íris,corpo ciliar e cristalino - 0405050208 | 1             | R\$ 82,28  | R\$ 82,28             | 0           | 1             |
|                                                                                                                                                           |                                                                    | 04.05.05.032-1 - Trabeculectomia                                                | 6             | R\$ 898,35 | R\$ 5.390,10          | 0           | 6             |
|                                                                                                                                                           | 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            |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                 | <b>23.460</b> |            | <b>R\$ 382.222,49</b> | <b>2630</b> | <b>20.831</b> |
| <b>Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.</b> |                                                                    |                                                                                 |               |            |                       |             |               |

### SIA - Alta Complexidade

| Grupo                                               | Subgrupo                             | Forma Organizacional                                                                                                                       | Quant/ mês | Valor Unitário | Valor/mês    | Quantidade 1º Vez (Acesso) | Quantidade autogestão (retorno) |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|--------------|----------------------------|---------------------------------|
| <b>02- Procedimentos com finalidade diagnóstico</b> | 04- Diagnóstico por Radiologia       | 06 - Densitometriaossea duo-energetica de coluna (vertebras lombares e/ou femur)                                                           | 100        | R\$ 55,10      | R\$ 5.510,00 | 70                         | 30                              |
|                                                     | 05- Diagnóstico por Ultrassonografia | 01 - Ecodoppler transesofágico - Ultrassonografia com doppler + sonda transesofágica + médico cardiologista especialista com foto colorida | 10         | R\$ 165,00     | R\$ 1.650,00 | 4                          | 6                               |
|                                                     |                                      | 01 - Tomografia cabeça, pescoço e coluna vertebral                                                                                         | 74         | R\$ 95,74      | R\$ 7.084,76 | 75                         | 1025                            |

|                                    |                                                  |                                                        |     |              |                |    |     |
|------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----|--------------|----------------|----|-----|
|                                    | 06 - Diagnóstico por tomografia                  | 02 - Tomografia torax e membros superiores             | 397 | R\$ 134,93   | R\$ 53.567,21  |    |     |
|                                    |                                                  | 03 - Tomografia abdomen, pelve e membros inferiores    | 629 | R\$ 136,58   | R\$ 85.908,82  |    |     |
|                                    | 10 - Diagnóstico por radiologia intervencionista | 01 - Angiografia, aortografia e arteriografia          | 10  | R\$ 253,37   | R\$ 2.533,70   | 3  | 7   |
|                                    | 11 - Métodos diagnósticos em especialidades      | 02 - Cateterismo                                       | 70  | R\$ 614,72   | R\$ 43.030,40  | 30 | 40  |
| <b>03 - Procedimentos Clínicos</b> | 03 - Tratamento em Oncologia                     | 02 - Quimiot Paliativa Adulto                          | 270 | R\$ 884,95   | R\$ 238.936,50 | 0  | 270 |
|                                    |                                                  | 03 - QuimiotContTemp Doença Adulto                     | 58  | R\$ 596,16   | R\$ 34.577,28  | 0  | 58  |
|                                    |                                                  | 04 - Quimiot previa (Neoadjuv/Citorredut) Adul         | 84  | R\$ 1.457,81 | R\$ 122.456,04 | 0  | 84  |
|                                    |                                                  | 05 - QuimiotAdjuv (Profilática) Adulto                 | 360 | R\$ 248,28   | R\$ 89.380,80  | 0  | 360 |
|                                    |                                                  | 06 - Quimiot Curativa - Adulto                         | 20  | R\$ 3.673,65 | R\$ 73.473,00  | 0  | 20  |
|                                    |                                                  | 07 - Quimioterapia de tumores de criança e adolescente | 1   | R\$ 1.657,25 | R\$ 1.657,25   | 0  | 1   |
|                                    |                                                  | 08 - QuimiotProced Especiais                           | 60  | R\$ 515,72   | R\$ 30.943,20  | 0  | 60  |
|                                    | 06 - Hemoterapia                                 | 02 - Medicina transfusional                            | 1   | R\$ 10,00    | R\$ 10,00      | 0  | 1   |

|                                                                                                                                                           |                                    |                                                                                               |              |            |                         |            |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|-------------------------|------------|--------------|
| <b>04-<br/>Procedimentos<br/>Cirúrgicos</b>                                                                                                               | 05 - Cirurgia do aparelho da visão | 05 - Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino (facoemulsificação) | 300          | R\$ 771,60 | R\$ 231.480,00          | 0          | 300          |
|                                                                                                                                                           | 13 - Cirurgia Reparadora           | 03 - Reparadora para Lipodistrofia                                                            | 5            | R\$ 480,00 | R\$ 2.400,00            | 0          | 5            |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                              |                                    |                                                                                               | <b>2.449</b> |            | <b>R\$ 1.024.598,96</b> | <b>182</b> | <b>2.267</b> |
| <b>Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.</b> |                                    |                                                                                               |              |            |                         |            |              |

### SIH Alta oftalmologia

| RECURSO FEDERAL                                                                                                                                    |                                       |                                                                                                | Mensal     |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|
| Grupo                                                                                                                                              | Subgrupo                              | Forma Organizacional                                                                           | Quantidade | Valor Unitário<br>Tabela SUS |
| 04-Procedimentos<br>Cirurgicos                                                                                                                     | 05- Cirurgias do<br>Aparelho da Visão | 0405030169 - Vitrectomia posterior com infusão de<br>perfluocarbono e endolaser                | 2          | R\$ 4.183,12                 |
|                                                                                                                                                    |                                       | 0405030177 - Vitrectomia posterior com infusão de<br>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           |
| <b>04-Procedimentos Cirúrgicos</b> | 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        |
| <b>TOTAL</b>                       |                                                                         |                                                    | <b>15</b>  |                | <b>R\$ 5.433,00</b> |

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\$)   |
| <b>04-Procedimentos Cirúrgicos</b> | 16 - Cirurgia em oncologia | 08 - Pele e cirurgia plástica | 16        | 1.140,00             | 18.240,00        |
| <b>TOTAL</b>                       |                            |                               | <b>16</b> |                      | <b>18.240,00</b> |

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

**OPME'S Alta Complexidade**

| RECURSO ESTADUAL                                                                                                                                   |              |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|
| Forma OrganSecund.                                                                                                                                 | MÉDIA MENSAL | VALOR MÊS             |
| 07.02.03 OPME em Ortopedia                                                                                                                         | 211          | R\$ 153.827,57        |
| 07.02.04 OPME em Assistência Cardiovascular                                                                                                        | 234          | R\$ 179.937,23        |
| 07.02.05 OPME Gerais                                                                                                                               | 192          | R\$ 71.501,58         |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                       | <b>637</b>   | <b>R\$ 405.266,38</b> |
| Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores. |              |                       |

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

| ITEM<br>PORTARIA N°<br>061-R, 31/07/2023 | PROCEDIMENTO                                                | QUANT. | VALOR<br>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              |
| <b>TOTAL</b> |                                                                                                                             | <b>162</b> |               | <b>R\$ 710.174,66</b> |

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

**Obs.2** Esta tabela representa um quadro estimativo de valor global para OPME's não padrão, ficando facultado ao hospital utilizar quaisquer itens 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**

| <b>Grupo</b>                                         | <b>Subgrupo</b>                                 | <b>Forma Organizacional</b>                                    | <b>Procedimento</b>                                                                                  | <b>Quant /mês</b> | <b>Valor Unitário</b> | <b>Valor/mês</b> |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|------------------|
| <b>02 - Procedimentos com finalidade Diagnóstica</b> | 11 - Métodos diagnósticos em Especialidades     | 06 - Diagnóstico em Oftalmologia                               | 02.11.06.028-3 - Tomografia de coerência óptica                                                      | 50                | R\$ 48,00             | R\$ 2.400,00     |
| <b>03 - Procedimentos Clínicos</b>                   | 03 - Tratamento Clínico (Outras especialidades) | 05 - Tratamento de Doenças do Aparelho da Visão                | 03.03.05.023-3 - Tratamento Medicamentoso de Doença da Retina                                        | 25                | R\$ 627,28            | R\$ 15.682,00    |
|                                                      | 04 - Tratamento em oncologia                    | 03 - Quimioterapia para controle temporário de doença - adulto | 03.04.03.025-2 Quimioterapia de mieloma múltiplo – 1ª linha                                          | 10                | R\$ 5.224,65          | R\$ 52.246,50    |
|                                                      |                                                 |                                                                | 03.04.03.026-0 Quimioterapia de mieloma múltiplo – 2ª linha                                          | 9                 | R\$ 5.224,65          | R\$ 47.021,85    |
|                                                      | 09 - Terapias especializadas                    | 07 - Angiologia                                                | 03.09.07.001-5 - Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros Inferiores (Unilateral) | 20                | R\$ 300,78            | R\$ 6.015,60     |

|                                                                                                                                                           |  |  |                                                                                                     |            |            |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------------------|
|                                                                                                                                                           |  |  | 03.09.07.002-3 - Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros Inferiores (Bilateral) | 4          | R\$ 392,62 | R\$ 1.570,48          |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                              |  |  |                                                                                                     | <b>118</b> |            | <b>R\$ 124.936,43</b> |
| <b>Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.</b> |  |  |                                                                                                     |            |            |                       |

### FAEC HOSPITALAR

### RECURSO FEDERAL

| Grupo                                | Subgrupo                                                              | Forma Organizacional / Procedimento       |                                                                             | Quant/ mês | Valor Unitário | Valor/mês      |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|----------------|
| <b>04 - Procedimentos Cirúrgicos</b> | 06 - Cirurgia do aparelho circulatório                                | 01-Cirurgia do Aparelho Cardiovascular    | Cirurgia Cardiovascular                                                     | 20         | R\$ 8.906,19   | R\$ 178.123,80 |
|                                      |                                                                       | 03-Cardiologia intervencionista           | Angioplastia Coronariana Primária                                           | 35         | R\$ 5.282,62   | R\$ 184.891,70 |
|                                      | 07 - Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal | 03-Pâncreas, baço, fígado e vias biliares | 04.07.03.025-5 - Colangiopancreatografia Retrógrada EndoscópicaTereapêutica | 11         | R\$ 2.023,53   | R\$ 22.258,83  |

|                                                      |                                                                                        |                                                                                                                                                                  |                                                                               |   |            |          |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---|------------|----------|
| <b>05 - Transplante de órgãos, tecidos e células</b> | 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 |                       |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                              |  |  |                                                                                 | <b>66</b> |            | <b>R\$ 385.274,33</b> |
| <b>Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.</b> |  |  |                                                                                 |           |            |                       |

**FAEC DOENÇAS RARAS**

| <b>RECURSO FEDERAL</b>                            |                                                                  |                                                                                                                                |                   |                            |                       |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------|-----------------------|
| <b>Grupo</b>                                      | <b>Subgrupo</b>                                                  | <b>Forma Organizacional</b>                                                                                                    | <b>Quant/ mês</b> | <b>Valor Unitário(R\$)</b> | <b>Valor/mês(R\$)</b> |
| 01 -<br>Consulta/Atendimentos/<br>Acompanhamentos | 01 - Consultas médicas/Outros<br>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             |
| <b>TOTAL</b>                                      |                                                                  |                                                                                                                                | <b>20</b>         |                            | <b>16.000,00</b>      |

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

## FAEC 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          |
| <b>TOTAL</b> |                                                                         |                                                          |                                                                                            | <b>15</b> |              | <b>R\$ 9.415,40</b> |

**INCENTIVOS**

| <b>RECURSO FEDERAL</b>                                                                                                                                                                  |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>TIPO INCENTIVO</b>                                                                                                                                                                   | <b>TOTAL</b>            |
| 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           |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                                                            | <b>R\$ 1.321.838,15</b> |

| SIH e SIA de Média e Alta Complexidade - Oftalmologia                |                                    |                                                                              |            |                           |                                    |                                 |                                              |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------|
| Portaria nº126-R, de 23/11/2023 - Complementação de Recurso Estadual |                                    |                                                                              |            |                           |                                    |                                 |                                              |
| RECURSO ESTADUAL                                                     |                                    |                                                                              | Mensal     |                           |                                    |                                 |                                              |
| Grupo                                                                | Subgrupo                           | Forma Organizacional                                                         | Quantidade | Valor Unitário Tabela SUS | Valor Unitário Tabela SUS Capixaba | Valor Unitário Diferença Tabela | Valor Complemento - Recurso Estadual Mês R\$ |
| 04-Procedimentos Cirurgicos                                          | 05- Cirurgias do Aparelho da Visão | 04.05.01.004-4 - Drenagem de Abscesso e Pálpebra                             | 2          | R\$ 22,93                 | R\$ 262,59                         | R\$ 239,66                      | R\$ 479,32                                   |
|                                                                      |                                    | 04.05.01.005-2 - Epilação a Laser                                            | 2          | R\$ 45,00                 | R\$ 112,14                         | R\$ 67,14                       | R\$ 134,28                                   |
|                                                                      |                                    | 04.05.01.006-0 - Epilação de Cílios                                          | 2          | R\$ 22,93                 | R\$ 592,38                         | R\$ 569,45                      | R\$ 1.138,90                                 |
|                                                                      |                                    | 04.05.01.018-4 - Tratamento Cirúrgico de Blefarocalase                       | 10         | R\$ 95,42                 | R\$ 3.463,32                       | R\$ 3.367,90                    | R\$ 33.679,00                                |
|                                                                      |                                    | 0405030169 - Vitrectomia posterior com infusão de perfluocarbono e endolaser | 2          | R\$ 4.183,12              | R\$ 6.999,00                       | R\$ 2.815,88                    | R\$ 5.631,76                                 |

|  |  |                                                                                                           |     |              |              |              |               |
|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|--------------|--------------|---------------|
|  |  | 0405030177 -<br>Vitrectomia posterior<br>com infusão de<br>perfluorocarbono/óleo<br>de silicone/endolaser | 2   | R\$ 4.701,84 | R\$ 8.134,00 | R\$ 3.432,16 | R\$ 6.864,32  |
|  |  | 04.05.01.007-9-<br>Exerese de calazio e<br>outras pequenas<br>lesões da palpebra e<br>supercílios         | 2   | R\$ 78,75    | R\$ 217,25   | R\$ 138,50   | R\$ 277,00    |
|  |  | 04.05.05.037-2 -<br>Facoemulsificação<br>com Implante de<br>Lente Intra-Ocular<br>Dobrável                | 300 | R\$ 771,60   | R\$ 986,55   | R\$ 214,95   | R\$ 64.485,00 |
|  |  | 04.05.05.036-4<br>Tratamento Cirúrgico<br>de Pterígio                                                     | 23  | R\$ 209,55   | R\$ 539,70   | R\$ 330,15   | R\$ 7.593,45  |
|  |  | 04.05.05.014-3 -<br>Implante Intra-<br>Estromal                                                           | 2   | R\$ 1.083,55 | R\$ 2.167,10 | R\$ 1.083,55 | R\$ 2.167,10  |
|  |  | 04.05.05.013-5 -<br>Implante de<br>Proteseantiglaumatosas                                                 | 2   | R\$ 873,61   | R\$ 1.747,22 | R\$ 873,61   | R\$ 1.747,22  |

|                                                                                                                                                           |                                               |                                                       |            |            |              |              |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------|------------|--------------|--------------|-----------------------|
|                                                                                                                                                           |                                               | 04.05.05.002-0<br>Capsulotomia a yag<br>laser         | 60         | R\$ 112,77 | R\$ 150,00   | R\$ 37,23    | R\$ 2.233,80          |
| 07 - OPME                                                                                                                                                 | 02 - OPME<br>relacionadas ao ato<br>cirúrgico | 07.02.07.005-0 - Tubo<br>de Drenagem para<br>Glaucoma | 2          | R\$ 800,00 | R\$ 6.853,78 | R\$ 6.053,78 | R\$ 12.107,56         |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                              |                                               |                                                       | <b>411</b> |            |              |              | <b>R\$ 138.538,71</b> |
| <b>Obs. Os quantitativos podem variar, porém não pode ultrapassar o valor mensal, podendo ser compensado com produção a menor de períodos anteriores.</b> |                                               |                                                       |            |            |              |              |                       |

**PISO DE ENFERMAGEM**

| 21º Termo Aditivo - JULHO a OUTUBRO DE 2024                                                                           |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| PORTARIA GM/MS Nº 4.631, DE 27 DE JUNHO DE 2024 - RECURSO FEDERAL - PISO DA<br>ENFERMAGEM - <b>Parcela Junho/2024</b> | R\$ 535.350,87        |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                          | <b>R\$ 535.350,87</b> |

**CIRURGIAS ELETIVAS**

| ORTOPEDIA<br>Quadril |                                                                   |                 |                 |        |               |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|--------|---------------|
| Código               | Procedimento                                                      | Valor tabela    | Valor Mutirão   | Volume | Total         |
| 04.08.04.007-6       | ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO<br>QUADRIL             | R\$<br>2.404,14 | R\$<br>9.616,56 | 2      | R\$ 19.233,12 |
| 04.08.04.009-2       | ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO<br>CIMENTADA / HÍBRIDA | R\$<br>1.739,48 | R\$<br>6.957,92 | 10     | R\$ 69.579,20 |

|                          |                                                                       |              |               |        |                       |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|--------|-----------------------|
|                          |                                                                       |              |               |        |                       |
| Joelho                   |                                                                       |              |               |        |                       |
| 04.08.05.005-5           | ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO                 | R\$ 2.207,20 | R\$ 8.828,80  | 6      | R\$ 52.972,80         |
| 04.08.05.006-3           | ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO                                 | R\$ 1.653,73 | R\$ 6.614,92  | 12     | R\$ 79.379,04         |
|                          |                                                                       |              |               |        |                       |
| Coluna                   |                                                                       |              |               |        |                       |
| 04.08.03.014-3           | ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS   | R\$ 2.166,29 | R\$ 8.665,16  | 2      | R\$ 17.330,32         |
| 04.08.03.013-5           | ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NÍVEL      | R\$ 1.883,27 | R\$ 7.533,08  | 2      | R\$ 15.066,16         |
| 04.08.03.015-1           | ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL QUATRO NÍVEIS | R\$ 2.166,29 | R\$ 8.665,16  | 2      | R\$ 17.330,32         |
| 04.03.02.007-7           | NEUROLISE NAO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFERICOS                         | R\$ 382,18   | R\$ 1.528,72  | 20     | R\$ 30.574,40         |
| <b>Total Ortopedia</b>   |                                                                       |              |               |        | <b>R\$ 301.465,36</b> |
|                          |                                                                       |              |               |        |                       |
| <b>GINECOLOGIA</b>       |                                                                       |              |               |        |                       |
| Código                   | Procedimento                                                          | Valor tabela | Valor Mutirão | Volume | Total                 |
| 04.09.06.010-0           | HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)                                       | R\$ 658,83   | R\$ 1.976,49  | 10     | R\$ 19.764,90         |
| 04.09.06.013-5           | HISTERECTOMIA TOTAL                                                   | R\$ 907,93   | R\$ 2.723,79  | 8      | R\$ 21.790,32         |
| 04.09.06.003-8           | EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO                                        | R\$ 443,66   | R\$ 1.330,98  | 20     | R\$ 26.619,60         |
| <b>Total Ginecologia</b> |                                                                       |              |               |        | <b>R\$ 68.174,82</b>  |
|                          |                                                                       |              |               |        |                       |

| <b>CIRURGIA GERAL</b>          |                                                                                |                 |                  |        |                      |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|--------|----------------------|
| Código                         | Procedimento                                                                   | Valor tabela    | Valor Mutirão    | Volume | Total                |
| 04.07.03.003-4                 | COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA                                             | R\$<br>992,45   | R\$<br>2.977,35  | 5      | R\$ 14.886,75        |
| 04.07.04.006-4                 | HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA                                                      | R\$<br>801,73   | R\$<br>2.405,19  | 10     | R\$ 24.051,90        |
| 04.07.04.010-2                 | HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)                                   | R\$<br>637,97   | R\$<br>1.913,91  | 10     | R\$ 19.139,10        |
| 04.07.04.012-9                 | HERNIOPLASTIA UMBILICAL                                                        | R\$<br>434,99   | R\$<br>1.304,97  | 10     | R\$ 13.049,70        |
| <b>Total Cirurgia Geral</b>    |                                                                                |                 |                  |        | <b>R\$ 71.127,45</b> |
| <b>CIRURGIA VASCULAR</b>       |                                                                                |                 |                  |        |                      |
| Código                         | Procedimento                                                                   | Valor tabela    | Valor Mutirão    | Volume | Total                |
| 04.06.02.056-6                 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)                                    | R\$<br>833,48   | R\$<br>2.500,44  | 15     | R\$ 37.506,60        |
| <b>Total Cirurgia Vascular</b> |                                                                                |                 |                  |        | <b>R\$ 37.506,60</b> |
| <b>ELETROFISIOLOGIA</b>        |                                                                                |                 |                  |        |                      |
| Código                         | Procedimento                                                                   | Valor tabela    | Valor Mutirão    | Volume | Total                |
| 04.06.05.002-3                 | ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE FLUTTER ATRIAL)             | R\$<br>5.898,15 | R\$<br>14.745,38 | 2      | R\$ 29.490,75        |
| 04.06.05.003-1                 | ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL DIREITA) | R\$<br>5.969,25 | R\$<br>14.923,13 | 2      | R\$ 29.846,25        |

|                               |                                                                                                                                                                               |                 |                  |   |                       |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|---|-----------------------|
| 04.06.05.004-0                | ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL DE VIAS ANÔMALAS DIREITAS, DE TV IDIOPÁTICA, DE VENTRÍCULO DIREITO E VENTRÍCULO ESQUERDO). | R\$<br>5.866,09 | R\$<br>14.665,23 | 2 | R\$ 29.330,45         |
| 04.06.05.005-8                | ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DO NÓDULO ARCHOV-TAWARA)                                                                                                      | R\$<br>5.947,88 | R\$<br>14.869,70 | 2 | R\$ 29.739,40         |
| 04.06.05.007-4                | ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL)                                                                                                        | R\$<br>8.236,93 | R\$<br>20.592,33 | 2 | R\$ 41.184,65         |
| 04.06.05.008-2                | ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL CICATRICAL)                                                                                            | R\$<br>8.568,09 | R\$<br>21.420,23 | 2 | R\$ 42.840,45         |
| 04.06.05.009-0                | ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL CICATRICAL)                                                                                            | R\$<br>9.190,96 | R\$<br>22.977,40 | 2 | R\$ 45.954,80         |
| 04.06.05.011-2                | ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR IDIOPÁTICA DO SEIO DE VALSALVA ESQUERDO)                                                          | R\$<br>7.544,56 | R\$<br>18.861,40 | 2 | R\$ 37.722,80         |
| 04.06.05.013-9                | ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE VIAS ANÔMALAS ESQUERDAS)                                                                                                  | R\$<br>6.743,83 | R\$<br>16.859,58 | 2 | R\$ 33.719,15         |
| <b>Total Eletrofisiologia</b> |                                                                                                                                                                               |                 |                  |   | <b>R\$ 319.828,70</b> |
|                               |                                                                                                                                                                               |                 |                  |   |                       |
|                               |                                                                                                                                                                               |                 |                  |   |                       |

| <b>HEMODINAMICA</b>       |                                                     |                 |                 |        |                      |
|---------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------|-----------------|--------|----------------------|
| Código                    | Procedimento                                        | Valor tabela    | Valor Mutirão   | Volume | Total                |
| 04.06.03.003-0            | ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE STENT      | R\$<br>1.986,20 | R\$<br>4.965,50 | 10     | R\$ 49.655,00        |
| 04.06.03.002-2            | ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS | R\$<br>1.986,20 | R\$<br>4.965,50 | 10     | R\$ 49.655,00        |
| <b>Total Hemodinamica</b> |                                                     |                 |                 |        | <b>R\$ 99.310,00</b> |

|                                                    |                       |
|----------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Total Santa Casa de Misericórdia de Vitória</b> | <b>R\$ 897.412,93</b> |
|----------------------------------------------------|-----------------------|

**CIRURGIA DE ENDOMETRIOSE**

|                                     | QUANT.<br>MENSAL | VALOR<br>UNITÁRIO | VALOR<br>MENSAL   | VALOR<br>TOTAL    |
|-------------------------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>CIRURGIAS</b>                    |                  |                   |                   |                   |
| Cirurgia de Endometriose – Grau I   | 3                | 5.996,21          | 17.988,63         | 53.965,89         |
| Cirurgia de Endometriose – Grau II  | 3                | 8.007,81          | 24.023,43         | 72.070,29         |
| Cirurgia de Endometriose – Grau III | 5                | 15.393,51         | 76.967,55         | 230.902,65        |
| Cirurgia de Endometriose – Grau IV  | 4                | 21.867,53         | 87.470,12         | 262.410,36        |
| <b>SUB-TOTAL</b>                    | <b>15</b>        |                   | <b>206.449,73</b> | <b>619.349,19</b> |
| <b>DIÁRIAS</b>                      | QUANT.           | VALOR             | VALOR             | VALOR             |
|                                     | MENSAL           | UNITÁRIO          | MENSAL            | TOTAL             |
| Grau I - 06 diárias                 | 18               | 977               | 17.586,00         | 52.758,00         |
| Grau II - 06 diárias                | 18               | 977               | 17.586,00         | 52.758,00         |
| Grau III - 07 diárias               | 35               | 977               | 34.195,00         | 102.585,00        |
| Grau IV - 07 diárias                | 28               | 977               | 27.356,00         | 82.068,00         |

|                                                  |               |                 |                   |                   |
|--------------------------------------------------|---------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| <b>SUB-TOTAL</b>                                 | <b>99</b>     |                 | <b>96.723,00</b>  | <b>290.169,00</b> |
| <b>OPME'S</b>                                    | <b>QUANT.</b> | <b>VALOR</b>    | <b>VALOR</b>      | <b>VALOR</b>      |
|                                                  | <b>MENSAL</b> | <b>UNITÁRIO</b> | <b>MENSAL</b>     | <b>TOTAL</b>      |
| Pinça Ultrassônica para cirurgia de Endometriose | 15            | 2.000,00        | 30.000,00         | 90.000,00         |
| <b>SUB-TOTAL</b>                                 | <b>15</b>     |                 | <b>30.000,00</b>  | <b>90.000,00</b>  |
| <b>VALOR TOTAL PLANO DE TRABALHO</b>             |               |                 | <b>333.172,73</b> | <b>999.518,19</b> |

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:**

- Estágio I: descrição de doença mínima, cabendo implantes isolados e sem aderências significativas.
- Estágio II: descrição doença leve, cabendo implantes superficiais com menos de 5 cm e sem aderências significativas
- Estágio III: descrição de doença moderada, cabendo múltiplos implantes e aderências peritubárias e periovarianas evidentes.
- 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS</b>                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 1.1. Certificação Organização Nacional de Acreditação (ONA)                | <p>Apresentar no 1º Quadrimestre, após a celebração do Convênio de Contratualização, o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a Certificação alcançada, conforme abaixo:</p> <p><b><u>Hospitais Estruturantes:</u></b><br/>ONA nível 1 em 18 meses<br/>ONA nível 2 em 30 meses,<br/>ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio de contratualização e manter.</p> <p><b><u>Hospitais Estratégicos:</u></b><br/>Certificação ONA 1 em 18 meses</p> <p><b><u>Hospitais de Apoio:</u></b><br/>Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses.<br/>Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma</p> |
| <b>2. QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS</b>                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 2.1. Qualificação do Corpo Clínico e equipe multiprofissional assistencial | <p>A adesão ao treinamento das áreas programadas deverá ser <math>\geq 95\%</math> dos funcionários.</p> <p>Apresentar Plano de Educação Continuada ativo e cronograma de treinamento.<br/>É preconizado que o treinamento seja mensal com no mínimo 2 horas/funcionário.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>3. SEGURANÇA ASSISTENCIAL</b>                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 3.1. Comissões Intra Hospitalares em funcionamento na Unidade Hospitalar   | <p>Manter as seguintes Comissões em pleno funcionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Comissão de Revisão de Prontuário;</li><li>- Comissão de Óbitos;</li><li>- Comissão de Ética Médica;</li><li>- Comissão de Ética em Enfermagem;</li><li>- Comissão de Farmácia e Terapêutica;</li><li>- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), quando couber;</li> <li>-Comissão do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);</li> <li>-Comissão de Ética em Pesquisa, para os hospitais de ensino;</li> <li>-Comissão de Segurança do Paciente;</li> <li>-Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), quando couber; e</li> <li>-Grupo Técnico de Humanização (GTH).</li> </ul> |
| 3.2. Programa Nacional de Segurança do Paciente                                                             | <p>Implantar e cumprir os 6 Protocolos Básicos de Segurança do Paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificação do Paciente;</li> <li>-Cirurgia Segura;</li> <li>-Prevenção de Úlcera de Pressão;</li> <li>-Prática de Higiene das mãos em serviços de Saúde;</li> <li>-Segurança da Prescrição, Uso e Administração de medicamentos;</li> <li>-Prevenção de Quedas.</li> </ul>                                                                                                          |
| <b>4. EXPERIÊNCIADOUSUÁRIO</b>                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 4.1. ExperienciadoUsuário, ou Pesquisaavaliada prioritariamentepela metodologia doNPS (Net Promoter Score). | <p>Utilizar a pesquisa de satisfação do usuário do próprio hospital.</p> <p>Atingir resposta ótimo e bom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 65\%</math> - 5,0 pontos;</li> <li>• 64,99% à 62,00 – 2,5 pontos;</li> <li>• <math>\leq 61,99</math> – zero.</li> </ul> <p>OU</p> <p>Atingir índice do NPS 65:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SIM - 5,0 pontos;</li> <li>• NÃO – zero.</li> </ul> <p>OBS.: o NPS será a plataforma prioritária a a ser monitorada.</p>      |
| <b>5. ACESSO AOSISTEMA</b>                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 5.1.Acesso Hospitalar                                                                                       | <p>Aceitar os pacientes para internação nos leitos contratualizados e disponibilizados eletronicamente à central de regulação de internação.</p> <p>Aceitar, no mínimo, 90% dos pacientes do perfil.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 5.2. TempodeRegulação                                                                                       | <p>Solicitações respondidas em até 2 horas. Ter 95% das solicitações respondidas em até 2 horas.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 5.3. Disponibilidade do Leito contratualizado                                                               | <p>Ter 100% dos leitos contratualizados disponibilizados e inseridos no Sistema de Regulação.</p> <p>(leitos não disponibilizados por qualquer motivo devem ser considerados para a análise)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.4 . Acesso à Consulta Ambulatorial Especializada                                | 100% das Consultas pactuados e definidas no DODE disponibilizadas no sistema de regulação.                                                                                                                                                                         |
| 5.5 . Acesso aos Exames Especializada                                             | 100% dos Exames pactuados e definidos no DODE, disponibilizadas no sistema de regulação.                                                                                                                                                                           |
| 5.6. Suspensão de Cirurgias Programadas                                           | Manter a taxa de suspensão de cirurgias programadas $\leq 8\%$<br>Atingir percentual: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\leq 8,0\%</math> - 5,0 pontos;</li> <li>• 8,01% a 9,99% – 2,5 pontos;</li> <li>• <math>\geq 10,0\%</math> – zero.</li> </ul> |
| <b>6.EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO</b>                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 6.1. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Média de Permanência.         | - Alcançar e manter em até 60 dias após assinatura do convênio de contratualização, o percentil de <b>50%</b> do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica (Média de Permanência).               |
| 6.2. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Reinternação.         | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Reinternação.                                                                                    |
| 6.3. Eficiência no uso dos recursos, com análise da Taxa de Condições Adquiridas. | Imediatamente após assinatura do convênio de contratualização, cumprir $\leq$ a Referência Brasileira do mês de competência do monitoramento, referente a Taxa de Condições Adquiridas.                                                                            |

**ANEXO C- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE –  
CNES**

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 25/07/2024

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: 18/07/2024Última atualização Nacional: 20/07/2024

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 |

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 |

|                                             |           |          |          |             |  |               |      |
|---------------------------------------------|-----------|----------|----------|-------------|--|---------------|------|
| CENTRO DE ATENDIMENTO AOS PORTADORES DE TEA |           |          |          |             |  |               |      |
| Logradouro                                  |           | Número   |          | Complemento |  | Bairro        |      |
| NOSSA SENHORA DA PENHA                      |           | 2190     |          |             |  | SANTA LUIZA   |      |
| Uf                                          | Município | Cep      | Telefone | E-mail      |  | Data Ativação | Data |
| ES                                          | VITORIA   | 29045402 |          |             |  | 11/04/2024    |      |

| Serviço | Classificação | Tipo |
|---------|---------------|------|
|---------|---------------|------|

|     |     |         |
|-----|-----|---------|
| 126 | 007 | 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                                                | PRÓPRIO      | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| 151 | MEDICINA NUCLEAR                                            | TERCEIRIZADO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 164 | ORTESSES, PROT E MEIOS AUXIL DE LOCOMOCAO EM REABILITACAO   | PRÓPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 104 | REGULACAO DO ACESSO A ACOES E SERVICOS DE SAUDE             | PRÓPRIO      | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| 106 | SERVICO DE ATENCAO A DST/HIV/AIDS                           | PRÓPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 111 | SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE              | PRÓPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 112 | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO         | PRÓPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 116 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA             | PRÓPRIO      | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 116 | SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA             | PRÓPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 105 | SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA            | PRÓPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 115 | SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL                             | PRÓPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 118 | SERVICO DE CIRURGIA TORACICA                                | PRÓPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 163 | SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS                          | PRÓPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 145 | SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO               | PRÓPRIO      | 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 | PRÓPRIO      | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 121 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                           | PRÓPRIO      | 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       | PRÓPRIO      | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 122 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS       | PRÓPRIO      | 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 | NÃO | NÃO | NÃO |
| 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 ZOONOSSES 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 |
| 121 - 006 | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM                        | RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA                                  | 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 Digestiva              | 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<br>COMPUTADORIZADA    | HOSPITAL SANTA CASA DE VITORIA   | 28141190000267 | VITORIA |
| RESSONANCIA MAGNETICA                       | IMAGEM DIAGNOSTICA LTDA          | 07569036000130 | VITORIA |
| SERVICO DE ANATOMIA<br>PATOLOGICA/CITOLOGIA | HOSPITAL SANTA CASA DE VITORIA   | 28141190000267 | VITORIA |
| PATOLOGIA CLINICA                           | HOSPITAL SANTA CASA DE VITORIA   | 28141190000267 | VITORIA |
| ULTRA-SONOGRAFIA                            | HOSPITAL SANTA CASA DE VITORIA   | 28141190000267 | VITORIA |
| SERVICO DE MEDICINA NUCLEAR                 | INSTITUTO RADIOTERAPIA DA VAHSIS | 05816963000181 | SERRA   |

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

| Transfusão | 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         |

| Descrição                         | Leitos Existentes | Leitos SUS |
|-----------------------------------|-------------------|------------|
| 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          |
| 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          |

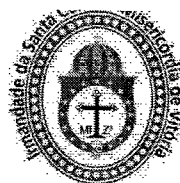
| Código | Descrição                                                                                                   | Origem   | Competência Inicial | Competência Final | Portaria                    | Data Portaria | Leitos SUS | Data do Lançamento | Data da Atualização |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|-------------------|-----------------------------|---------------|------------|--------------------|---------------------|
| 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 INTERVENCIÓNISTA. 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          |
| 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          | 23/07/2024         | 25/07/2024          |
| 2902   | PROGRAMA NACIONAL DE REDUCAO DE FILAS DE CIRURGIAS ELETIVAS                                                 | LOCAL    | 11/2023             | 99/9999           | RESOLUCAO CIB 251/2023      | 14/11/2023    | 0          | 23/07/2024         | 25/07/2024          |
| 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 N° 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 N° 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**



## PLANO DE TRABALHO

### 01 - DADOS CADASTRAIS

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |                |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|--|
| <b>2 - DESCRIÇÃO DO PROJETO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |                |  |
| <b>TÍTULO DO PROJETO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>INÍCIO</b> | <b>TÉRMINO</b> |  |
| Execução de Cirurgias Eletivas de pessoas com Endometriose.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Agosto/2024   | Outubro/2024   |  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |                |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>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.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                |  |
| <b>JUSTIFICATIVA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |                |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>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;</li><li>Em seguida a Subsecretaria de Contratualização em Saúde elaborou um estudo para a definição dos valores a serem definidos para a contratualização.</li><li>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.</li></ul> <p>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.</p> |               |                |  |



### 03 – METAS FÍSICAS E FINANCEIRA

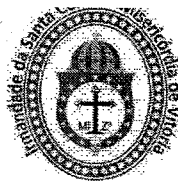
| ESPECIFICAÇÃO                                    | QUANT.    | VALOR     | VALOR             | VALOR             |
|--------------------------------------------------|-----------|-----------|-------------------|-------------------|
| CIRURGIAS                                        | MENSAL    | UNITÁRIO  | MENSAL            | TOTAL             |
| Cirurgia de Endometriose – Grau I                | 03        | 5.996,21  | 17.988,63         | 53.965,89         |
| Cirurgia de Endometriose – Grau II               | 03        | 8.007,81  | 24.023,43         | 72.070,29         |
| Cirurgia de Endometriose – Grau III              | 05        | 15.393,51 | 76.967,55         | 230.902,65        |
| Cirurgia de Endometriose – Grau IV               | 04        | 21.867,53 | 87.470,12         | 262.410,36        |
| <b>SUB-TOTAL</b>                                 | <b>15</b> |           | <b>206.449,73</b> | <b>619.349,19</b> |
| DIÁRIAS                                          | QUANT.    | VALOR     | VALOR             | VALOR             |
|                                                  | MENSAL    | UNITÁRIO  | MENSAL            | TOTAL             |
| Grau I - 06 diárias                              | 18        | 977,00    | 17.586,00         | 52.758,00         |
| Grau II - 06 diárias                             | 18        | 977,00    | 17.586,00         | 52.758,00         |
| Grau III - 07 diárias                            | 35        | 977,00    | 34.195,00         | 102.585,00        |
| Grau IV - 07 diárias                             | 28        | 977,00    | 27.356,00         | 82.068,00         |
| <b>SUB-TOTAL</b>                                 | <b>99</b> |           | <b>96.723,00</b>  | <b>290.169,00</b> |
| OPME'S                                           | QUANT.    | VALOR     | VALOR             | VALOR             |
|                                                  | MENSAL    | UNITÁRIO  | MENSAL            | TOTAL             |
| Pinça Ultrassônica para cirurgia de Endometriose | 15        | 2.000,00  | 30.000,00         | 90.000,00         |
| <b>SUB-TOTAL</b>                                 | <b>15</b> |           | <b>30.000,00</b>  | <b>90.000,00</b>  |
| <b>VALOR TOTAL PLANO DE TRABALHO</b>             |           |           | <b>333.172,73</b> | <b>999.518,19</b> |

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.    | VALOR     | VALOR             | VALOR             |
|--------------------------------------------------|-----------|-----------|-------------------|-------------------|
| CIRURGIAS                                        | MENSAL    | UNITÁRIO  | MENSAL            | TOTAL             |
| Cirurgia de Endometriose – Grau I                | 03        | 5.996,21  | 17.988,63         | 53.965,89         |
| Cirurgia de Endometriose – Grau II               | 03        | 8.007,81  | 24.023,43         | 72.070,29         |
| Cirurgia de Endometriose – Grau III              | 05        | 15.393,51 | 76.967,55         | 230.902,65        |
| Cirurgia de Endometriose – Grau IV               | 04        | 21.867,53 | 87.470,12         | 262.410,36        |
| <b>SUB-TOTAL</b>                                 | <b>15</b> |           | <b>206.449,73</b> | <b>619.349,19</b> |
| DIÁRIAS                                          | QUANT.    | VALOR     | VALOR             | VALOR             |
|                                                  | MENSAL    | UNITÁRIO  | MENSAL            | TOTAL             |
| Grau I - 06 diárias                              | 18        | 977,00    | 17.586,00         | 52.758,00         |
| Grau II - 06 diárias                             | 18        | 977,00    | 17.586,00         | 52.758,00         |
| Grau III - 07 diárias                            | 35        | 977,00    | 34.195,00         | 102.585,00        |
| Grau IV - 07 diárias                             | 28        | 977,00    | 27.356,00         | 82.068,00         |
| <b>SUB-TOTAL</b>                                 | <b>99</b> |           | <b>96.723,00</b>  | <b>290.169,00</b> |
| OPME'S                                           | QUANT.    | VALOR     | VALOR             | VALOR             |
|                                                  | MENSAL    | UNITÁRIO  | MENSAL            | TOTAL             |
| Pinça Ultrassônica para cirurgia de Endometriose | 15        | 2.000,00  | 30.000,00         | 90.000,00         |
| <b>SUB-TOTAL</b>                                 | <b>15</b> |           | <b>30.000,00</b>  | <b>90.000,00</b>  |
| <b>VALOR TOTAL PLANO DE TRABALHO</b>             |           |           | <b>333.172,73</b> | <b>999.518,19</b> |



## 05- CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

| ESPECIFICAÇÃO                       | QUANT. Mensal | VALOR TOTAL - |
|-------------------------------------|---------------|---------------|
| CIRURGIAS                           |               |               |
| Cirurgia de Endometriose – Grau I   | 03            | 09            |
| Cirurgia de Endometriose – Grau II  | 03            | 09            |
| Cirurgia de Endometriose – Grau III | 05            | 15            |
| Cirurgia de Endometriose – Grau IV  | 04            | 12            |
| <b>SUB-TOTAL</b>                    | <b>15</b>     | <b>45</b>     |

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      | VALOR TOTAL       |
|--------------------------------------------------|---------------|----------------|-------------------|-------------------|
| CIRURGIAS                                        |               |                |                   |                   |
| Cirurgia de Endometriose – Grau I                | 03            | 5.996,21       | 17.988,63         | 53.965,89         |
| Cirurgia de Endometriose – Grau II               | 03            | 8.007,81       | 24.023,43         | 72.070,29         |
| Cirurgia de Endometriose – Grau III              | 05            | 15.393,51      | 76.967,55         | 230.902,65        |
| Cirurgia de Endometriose – Grau IV               | 04            | 21.867,53      | 87.470,12         | 262.410,36        |
| <b>SUB-TOTAL</b>                                 | <b>15</b>     |                | <b>206.449,73</b> | <b>619.349,19</b> |
| DIÁRIAS                                          | QUANT. MENSAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL      | VALOR TOTAL       |
|                                                  |               |                |                   |                   |
| Grau I - 06 diárias                              | 18            | 977,00         | 17.586,00         | 52.758,00         |
| Grau II - 06 diárias                             | 18            | 977,00         | 17.586,00         | 52.758,00         |
| Grau III - 07 diárias                            | 35            | 977,00         | 34.195,00         | 102.585,00        |
| Grau IV - 07 diárias                             | 28            | 977,00         | 27.356,00         | 82.068,00         |
| <b>SUB-TOTAL</b>                                 | <b>99</b>     |                | <b>96.723,00</b>  | <b>290.169,00</b> |
| OPME'S                                           | QUANT. MENSAL | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL      | VALOR TOTAL       |
|                                                  |               |                |                   |                   |
| Pinça Ultrassônica para cirurgia de Endometriose | 15            | 2.000,00       | 30.000,00         | 90.000,00         |
| <b>SUB-TOTAL</b>                                 | <b>15</b>     |                | <b>30.000,00</b>  | <b>90.000,00</b>  |
| <b>VALOR TOTAL PLANO DE TRABALHO</b>             |               |                | <b>333.172,73</b> | <b>999.518,19</b> |

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 Contratualização, 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, 23 de julho de 2024.

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

## 09- APROVAÇÃO PELA CONCEDENTE

**APROVADO**

Vitória(ES), 29 de JULHO 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 23/07/2024 15:51:31 -03:00



**INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO**

Documento capturado em 23/07/2024 15:51:31 (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/2024-463CWZ>

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 30/07/2024 16:11:17 -03:00

**MARIA DA PENHA RODRIGUES D AVILA**

CIDADÃO

assinado em 30/07/2024 15:49:37 -03:00



**INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO**

Documento capturado em 30/07/2024 16:11:17 (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-GV8872>