



**Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

**CONVÊNIO FMS Nº 003/2025– Apostilamento nº 01**

**APOSTILAMENTO AO CONVÊNIO, FIRMADO COM A ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE  
ESPIRITO-SANTENSE - AEBES**

O **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DE JETIBÁ**, Estado do Espírito Santo, pessoa jurídica de direito público, sediado à Rua Dalmácio Espíndula, 115 - Centro, Santa Maria de Jetibá-ES, Cep: 29.645-000, inscrito junto ao C.N.P.J sob o número 36.388.445/0001-38, neste ato representado pelo(a) **[REDACTED]** Municipal, senhor **RONAN ZOZOLOTO SOUZA DUTRA**, brasileiro, inscrito no C.P.F nº **[REDACTED]**, com anuência do gestor do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA DE JETIBÁ** o sob o CNPJ nº 13.917.262/0001-67, sediado na Rua Dalmácio Espíndula, nº 115 - Térreo - Centro, Santa Maria de Jetibá-ES, repre-**[REDACTED]**cretário de Saúde **Sr. CARLOS ALBERTO JARSKE**, brasileiro, inscrito no CPF com o nº **[REDACTED]**, resolvem PROCEDER O APOSTILAMENTO ao Convênio nº 003/2025, devido à falta da i**[REDACTED]**ferências e documento descrito 2025/2026, conforme pareceres constantes no Processo administrativo 2025-XSGGV, ajustam as seguintes Cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA** – Fica como parte integrante do Convênio nº 003/2025 as referências e o documento descritivo 2025/2026, a qual também integra como anexo esse Termo de Apostilamento.

**CLÁUSULA SEGUNDA** - Permanecem inalteradas as demais Cláusulas e condições constantes no Convênio.

Santa Maria de Jetibá, 23 de maio de 2025.

---

**RONAN ZOZOLOTO SOUZA DUTRA**  
Prefeito Municipal  
Concedente

---

**CARLOS ALBERTO JARSKE**  
Secretário de Saúde  
Concedente

**TESTEMUNHAS:**

Irení Endringer  
Jackeline Batista de Souza Haese



**Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

**REFERÊNCIAS:**

- 1 - LEI No 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.
- 2 - LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- 3 - **LEI Nº 8.666, DE 21 DE JUNHO DE 1993**  
<[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%208.666-1993?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.666-1993?OpenDocument)>:  
Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.
- 4 - **LEI Nº 12.101, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2009:** Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências.
- 5 - DECRETO Nº 8.242 DE 23.05.2014: regulamenta a Lei nº 12.101  
<[http://www.normaslegais.com.br/legislacao/lei12101\\_2009.htm](http://www.normaslegais.com.br/legislacao/lei12101_2009.htm)>, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social e sobre procedimentos de isenção das contribuições para a seguridade social.
- 6 - PORTARIA Nº 1.721, de 21 DE SETEMBRO DE 2005: Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS.
- 7 - PORTARIA Nº 284, DE 18 DE ABRIL DE 2006: Definir, na forma do Anexo desta Portaria, o fluxo para operacionalização do processo de contratualização no âmbito do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde, criado pela Portaria GM/MS nº 1.721, de 21 de setembro de 2005.
- 8 - PORTARIA Nº 3.410, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013: Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).
- 9 - Portaria 1395/GM - Política de Saúde do Idoso
- 10 - **LEI COMPLEMENTAR Nº 101, DE 4 DE MAIO DE 2000**  
<[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lcp%20101-2000?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lcp%20101-2000?OpenDocument)>: Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.
- 11 - PORTARIA Nº 1.970, DE 16 DE AGOSTO DE 2011: Dispõe sobre o processo de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na área da Saúde (CEBAS-SAÚDE).
- 12 - PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
- 13 - PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002: Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
- 14 - PORTARIA Nº 2.617, DE 1º DE NOVEMBRO DE 2013: Estabelece prazo para o pagamento dos incentivos financeiros aos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- 15 - PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011 : Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- 16- PORTARIA Nº 2.809, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2012: Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- 17 - PORTARIA GM/MS nº 1737, de 19 de agosto de 2004: Dispõe sobre o fornecimento de sangue e hemocomponentes no Sistema Único de Saúde - SUS, e o ressarcimento de seus custos operacionais.
- 18 - PORTARIA GM/MS 2617, DE 01 DE SETEMBRO DE 2013: Estabelece prazo para o pagamento dos incentivos financeiros aos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS).



Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

**DOCUMENTO DESCRITIVO 2025/2026**

**I - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO**

|                                                                                                   |                 |                       |                    |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------|-----------|
| Razão Social:                                                                                     |                 |                       | CNPJ               |           |
| Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense - AEBES                                       |                 |                       | 28.127.926/0008-38 |           |
| Endereço                                                                                          |                 | Município             | UF                 | CEP       |
| Rua Hermann Mierschinck, 210, Centro                                                              |                 | Santa Maria de Jetibá | ES                 | 29645-000 |
| Região de Saúde                                                                                   |                 | SRS                   | CNES               |           |
| Central Serrana                                                                                   |                 | Vitória               | 2569213            |           |
| Telefone                                                                                          | Fax             | E-mail                |                    |           |
| 27-21213731                                                                                       | -               | vera.m@aebes.org.br   |                    |           |
| Nome do Responsável                                                                               |                 |                       |                    |           |
| Rodrigo André Seidel                                                                              |                 |                       |                    |           |
| CPF                                                                                               | Função          | Período de execução   |                    |           |
|                                                                                                   | Presidente      | Início                | Término            |           |
| CI                                                                                                | Órgão Expedidor | 19/03/202518/03/2026  |                    |           |
| 1.041.766.8 98                                                                                    | SSP/ES          |                       |                    |           |
| Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS                  |                 |                       |                    |           |
| Banco                                                                                             | Agência         | Conta Corrente        | Praça              |           |
| Banestes                                                                                          | 0084            | 39.587.860            | Recurso Municipal  |           |
| Banestes                                                                                          | 0084            | 39.593.363            | Recurso Federal    |           |
| Missão                                                                                            |                 |                       |                    |           |
| Expressar a valorização da vida, atuando em serviços de saúde com equidade, qualidade e segurança |                 |                       |                    |           |
| Visão                                                                                             |                 |                       |                    |           |
| Ser um hospital de excelência em saúde, sob orientação cristã.                                    |                 |                       |                    |           |
| Valores                                                                                           |                 |                       |                    |           |



Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Gestão participativa; Foco no cliente; Soluções efetivas; Transparência; Sustentabilidade; Valorização das pessoas, Equipes harmonizadas. Instituição Confessional Cristã;

**CARACTERIZAÇÃO GERAL DO HOSPITAL**

|                                |           |                   |
|--------------------------------|-----------|-------------------|
| <b>Tipo de Estabelecimento</b> | (x) Geral | ( ) Especializado |
|--------------------------------|-----------|-------------------|

|                 |             |                  |             |
|-----------------|-------------|------------------|-------------|
| <b>Natureza</b> | ( ) Público | (x) Filantrópico | ( ) Privado |
|-----------------|-------------|------------------|-------------|

|                         |              |            |
|-------------------------|--------------|------------|
| <b>Número de Leitos</b> | Geral Nº: 50 | SUS Nº: 46 |
|-------------------------|--------------|------------|

|                                         |         |         |                  |                  |
|-----------------------------------------|---------|---------|------------------|------------------|
| <b>Serviço de Urgência e Emergência</b> | (x) Sim | ( ) Não | (x) Porta Aberta | ( ) Referenciado |
|-----------------------------------------|---------|---------|------------------|------------------|

|                               |                           |                   |
|-------------------------------|---------------------------|-------------------|
| <b>Serviço de Maternidade</b> | (x) Sim                   | ( ) Não           |
|                               | Se sim, habilitado em GAR | ( ) Sim ( X ) Não |

|                                              |           |         |                                                                                         |
|----------------------------------------------|-----------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Inserção nas Redes Temáticas de Saúde</b> | ( X ) Sim | ( ) Não | Se sim, quais.<br>(x) RUE<br>( x ) RAPS<br>( ) Rede Cegonha e Bem Nascer<br>( ) Outras: |
|----------------------------------------------|-----------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

**Perfil assistencial, papel da instituição e inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS:**

Possui 46 leitos SUS de enfermarias para internação. Atendimento de urgência e emergência com dois leitos de emergência e maternidade de risco habitual. Presta assistência médica hospitalar nas especialidades de clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica. Compõe a rede de assistência à saúde em parceria com a atenção primária na estruturação das referências e contra referências e nas capacitações. Tem uma área construída de 1.738.97m<sup>2</sup> com apenas um pavimento.



**Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá**  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

**Área de abrangência**

Municipal e pacientes oriundos de municípios vizinhos: Itarana; Itaguaçu; Domingos Martins; Afonso Cláudio; Laranja da Terra e Outros.

**Estrutura tecnológica e capacidade instalada**

Possui 46 leitos SUS e 04 leitos particulares. Serviços radiológicos e laboratoriais de análises clínicas. Equipamentos médicos modernos para a manutenção da vida e suporte para paciente grave na urgência de emergência. Equipe multidisciplinar e áreas de apoio, em cumprimento as legislações.

**ESTRUTURA FÍSICA**

**I – Pronto Socorro**

| Instalação            | Quantitativo Contrativo |
|-----------------------|-------------------------|
| Leitos de observação  | 12                      |
| Sala de Emergência    | 02 leitos               |
| Consultórios médicos  | 02                      |
| Sala de Gesso         | 00                      |
| Sala de higienização  | 01                      |
| Sala pequena cirurgia | 01                      |

**III – Ambulatório**

| Instalação                      | Quantidade de salas |                 |
|---------------------------------|---------------------|-----------------|
|                                 | Existente           | SUS contratados |
| Consultórios para Clínicas      | 02                  | 02              |
| Sala de enfermagem              | 03                  | 03              |
| Sala de nebulização             | 01                  | 01              |
| Sala de observação – pediátrica | 01                  | 01              |
| Sala de Observação - adulto     | 01                  | 01              |

**IV – Área Cirúrgica**

| Instalação | Quantidades de Salas |     | Leitos     |     |
|------------|----------------------|-----|------------|-----|
|            | Existentes           | SUS | Existentes | SUS |
|            |                      |     |            |     |



Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

|                                            |     |     |     |     |
|--------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| Sala de cirurgia                           | 02  | 02  | 02  | 02  |
| Sala de recuperação                        | 01  | 01  | 02  | 02  |
| Sala de parto normal                       | 01  | 01  | 01  | 01  |
| Sala de pré-parto                          | 01  | 01  | 02  | 02  |
| Sala de PPP (Pré-parto, parto e pós-parto) | --- | --- | --- | --- |

V – Serviço de Apoio, Diagnose e terapêutico – SADT

| Área                    | Especificidade dos equipamentos | Quantidade contratada |
|-------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Equipamento Diagnóstico | ECG                             | 01                    |
|                         | CARDIOTOGRAFO                   | 03                    |
|                         | ULTRASSONOGRRAFIA               | 01                    |
|                         | RX                              | 01                    |
|                         | Endoscopia                      | 01                    |

VI – Laboratório

| Área        | Especificidade    | Próprio ou Terceirizado |
|-------------|-------------------|-------------------------|
| Laboratório | Clinico           | Terceirizado            |
|             | Anatomopatológico | ----                    |
| Subtotal    | 01                |                         |

VII – Estrutura de Apoio Educacional

|                  |     |
|------------------|-----|
| Auditórios       | 00  |
| Sala de Reuniões | 01  |
| Rede de Internet | Sim |

EQUIPAMENTO INFRAESTRUTURA

| Especificidade dos equipamentos | Quantidade contratada |
|---------------------------------|-----------------------|
| GRUPO GERADOR                   | 01                    |

EQUIPAMENTO POR MÉTODOS GRÁFICOS

| Especificidade dos equipamentos | Quantidade contratada |
|---------------------------------|-----------------------|
| ELETROCARDIÓGRAFO               | 01                    |

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA - De acordo com o CNES



Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

| Especificidade dos equipamentos | Quantidade contratada |
|---------------------------------|-----------------------|
| Berço Aquecido                  | 04                    |
| Bomba de Infusão                | 10                    |
| Desfibrilador                   | 04                    |
| Fototerapia                     | 03                    |
| Monitor de Pressão Não-invasivo | 05                    |
| Reanimador Pulmonar/Ambu        | 07                    |
| Respirador/Ventilador           | 05                    |
| Aparelho de Anestesia           | 03                    |
| Incubadora                      | 01                    |
| Monitor de ECG                  | 04                    |

**SERVIÇOS DE APOIO:**

| TIPO                                  | CARACTERÍSTICAS |
|---------------------------------------|-----------------|
| AMBULÂNCIA                            | Comodato        |
| CENTRAL DE ESTERELIZAÇÃO DE MATERIAIS | Própria         |
| FARMÁCIA                              | Própria         |
| LAVANDERIA                            | Própria         |
| NECRÓTERIO                            | Próprio         |
| NUTRIÇÃO E DIETÉTICA                  | Própria         |
| SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTE     | Própria         |
| SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS | Própria         |
| SERVIÇO SOCIAL                        | Própria         |

| ESPECIALIDADES        | LEITOS SUS<br>CADASTRADOS NO<br>CNES | CAPACIDADE<br>INSTALADA PARA<br>INTERNAÇÕES | INTERNAÇÕES<br>CONTRATUALIZADA<br>CONFORME PPI VIGENTE |
|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Clínica               | 30                                   | 32                                          | 157                                                    |
| Cirúrgico (a)         | 06                                   | 08                                          | 34                                                     |
| Obstétrica            | 04                                   | 04                                          | 36                                                     |
| Pediátrica            | 06                                   | 06                                          | 18                                                     |
| Unidade de Isolamento | 00                                   | 00                                          | 00                                                     |



**Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

|              |           |           |            |
|--------------|-----------|-----------|------------|
| <b>Total</b> | <b>46</b> | <b>50</b> | <b>245</b> |
|--------------|-----------|-----------|------------|

OBS: Em relação a Unidade de Isolamento ainda não temos leito cadastrado no CNES, e ainda não consta na contratualização, mas existe uma unidade de isolamento que já está disponível.

**DETALHAMENTO DE CIRURGIA**

**4 – Procedimentos Cirúrgicos**

**1 Pequenas Cirurgias**

EXCISAO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR )

EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO

EXTIRPACAO E SUPRESSAO DE LESAO DE PELE E DE TECIDO  
CELULAR

**6 Aparelho Circulatório**

TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)

TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)

**7 Aparelho Digestivo**

APENDICECTOMIA

COLECISTECTOMIA

HEMORROIDECTOMIA

HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA

HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)

HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)

HERNIOPLASTIA UMBILICAL

**9 Aparelho Geniturinário**

COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR

CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇAO DO COLO DO UTERO

ESVAZIAMENTO DE UTERO POS-ABORTO POR ASPIRACAO  
MANUAL INTRA-

HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)

HISTERECTOMIA TOTAL

LAQUEADURA TUBARIA

OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA



**Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

POSTECTOMIA

TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE

**11 Cirurgia Obstétrica**

CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL

PARTO CESARIANO

TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA

| DETALHAMENTO CUSTO DE RECURSOS HUMANOS |                                     |            |             |
|----------------------------------------|-------------------------------------|------------|-------------|
| Item                                   | Descrição dos Profissionais         | Quantidade | Total Custo |
| 1                                      | Analista Administrativo PL - 220h   | 1          | R\$ 5.242   |
| 2                                      | Analista Compras JR - 220h          | 1          | R\$ 4.488   |
| 3                                      | Analista de Contabilidade Jr - 220h | 1          | R\$ 5.242   |
| 4                                      | Analista de Sistemas Jr - 200h      | 1          | R\$ 5.745   |
| 5                                      | Analista Infraestrutura TI - 200h   | 1          | R\$ 5.745   |
| 6                                      | Analista RH Pessoal PL - 220h       | 1          | R\$ 6.242   |
| 7                                      | Analista RH RS e TD JR - 220h       | 1          | R\$ 5.746   |
| 8                                      | Assistente Administrativo - 220h    | 2          | R\$ 5.999   |
| 9                                      | Assistente Administrativo I - 220h  | 1          | R\$ 3.000   |
| 10                                     | Assistente Administrativo II - 220h | 2          | R\$ 7.200   |
| 11                                     | Assistente de Manutencao - 180h     | 2          | R\$ 6.705   |
| 12                                     | Assistente de Pessoal - 220h        | 1          | R\$ 3.381   |
| 13                                     | Assistente Financeiro - 220h        | 1          | R\$ 3.279   |
| 14                                     | Assistente Social - 150h            | 1          | R\$ 4.699   |
| 15                                     | Auxiliar Administrativo - 175h      | 17         | R\$ 39.681  |
| 16                                     | Auxiliar Administrativo - 220h      | 3          | R\$ 8.526   |
| 17                                     | Auxiliar de Cozinha - 175h          | 1          | R\$ 2.483   |
| 18                                     | Auxiliar de Cozinha - 220h          | 2          | R\$ 5.455   |
| 19                                     | Auxiliar Servicos Gerais - 175h     | 15         | R\$ 38.158  |
| 20                                     | Auxiliar Servicos Gerais - 220h     | 1          | R\$ 2.971   |
| 21                                     | Capelao(a) - 150h                   | 1          | R\$ 6.347   |
| 22                                     | Coordenador - 220h                  | 1          | R\$ 12.101  |
| 23                                     | Cozinheiro (a) - 175h               | 4          | R\$ 12.463  |
| 24                                     | Enfermeiro - 132h                   | 16         | R\$ 58.267  |
| 25                                     | Enfermeiro - 180h                   | 1          | R\$ 4.522   |
| 26                                     | Enfermeiro - 220h                   | 4          | R\$ 23.072  |
| 27                                     | Farmacêutico - 180h                 | 5          | R\$ 26.662  |
| 28                                     | Lider - 220h                        | 2          | R\$ 10.485  |
| 29                                     | Médico Assistente - 40h             | 1          | R\$ 4.821   |
| 30                                     | Motorista - 175h                    | 4          | R\$ 13.520  |
| 31                                     | Motorista - 220h                    | 1          | R\$ 3.900   |



Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

|                      |                              |            |                    |
|----------------------|------------------------------|------------|--------------------|
| 32                   | Nutricionista - 150h         | 2          | R\$ 7.245          |
| 33                   | Psicologo - 150h             | 1          | R\$ 4.020          |
| 34                   | Tecnico de Enfermagem - 180h | 59         | R\$ 167.916        |
| 35                   | Tecnico de Enfermagem - 220h | 3          | R\$ 9.150          |
| <b>TOTAL (BRUTO)</b> |                              | <b>161</b> | <b>R\$ 534.476</b> |

\* Os custos estão contemplando Adicional Noturno, Insalubridade e o percentual de 32,2% de encargos trabalhistas.

| Nº       | DESCRIÇÃO DAS DESPESAS                       | MÉDIA MENSAL       |
|----------|----------------------------------------------|--------------------|
| <b>1</b> | <b>De Pessoal</b>                            | <b>R\$ 534.476</b> |
| <b>2</b> | <b>De Serviços Médicos e de Diagnósticos</b> | <b>R\$ 957.478</b> |
| 2.1      | Serviços de Pediatria                        | R\$ 116.663        |
| 2.2      | Serviços de Anestesia                        | R\$ 121.244        |
| 2.3      | Serviços de Obstetrícia                      | R\$ 187.099        |
| 2.4      | Serviços de Psiquiatria                      | R\$ 9.500          |
| 2.5      | Serviços de Cirurgia Geral                   | R\$ 11.000         |
| 2.6      | Serviços de Cirurgia Vascular                | R\$ 4.744          |
| 2.7      | Serviço de Banco de Sangue                   | R\$ 2.602          |
| 2.8      | Serviços de Infectologia                     | R\$ 7.500          |
| 2.9      | Serviços de Ortopedia                        | R\$ 65.440         |
| 2.10     | Serviços de Pronto-Socorro                   | R\$ 314.154        |
| 2.11     | Serviços de Diretoria Clínica                | R\$ 5.000          |
| 2.12     | Serviços de Coordenação Médica               | R\$ 26.000         |
| 2.13     | Serviços de Fisioterapia                     | R\$ 2.661          |
| 2.14     | Serviços de Imagem                           | R\$ 36.336         |
| 2.15     | Serviços de Laboratório Análises Clínicas    | R\$ 47.068         |
| 2.16     | Serviços de Exames e Procedimentos Externos  | R\$ 466            |
| <b>3</b> | <b>De Serviços Diversos</b>                  | <b>R\$ 90.491</b>  |
| 3.1      | Manutenção de Sistema de Informação          | R\$ 13.912         |
| 3.2      | Manutenção e Conservação                     | R\$ 15.197         |
| 3.3      | Publicações em Jornais e Diário Oficial      | R\$ 1.192          |
| 3.4      | Serviço de Remoção de Pacientes              | R\$ 7.167          |
| 3.5      | Serviços de Detetização                      | R\$ 432            |
| 3.6      | Serviços Terceiros Diversos                  | R\$ 20.848         |
| 3.7      | Auditoria                                    | R\$ 3.241          |
| 3.8      | Vigilância                                   | R\$ 28.503         |
| <b>4</b> | <b>De Materiais</b>                          | <b>R\$ 280.061</b> |
| 4.1      | Medicamentos                                 | R\$ 86.819         |
| 4.2      | Material Médico Hospitalar                   | R\$ 105.457        |
| 4.3      | Gases Medicinais                             | R\$ 5.970          |
| 4.4      | Roupas Hospitalares                          | R\$ 1.625          |
| 4.5      | Material de Higiene e Limpeza                | R\$ 10.684         |
| 4.6      | Genêros Alimentícios                         | R\$ 26.332         |



**Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

|          |                                 |            |                     |
|----------|---------------------------------|------------|---------------------|
| 4.7      | Outros Materiais                | R\$        | 19.152              |
| 4.8      | Material de Expediente          | R\$        | 7.282               |
| 4.9      | Material p/Manutenção e Reparos | R\$        | 9.178               |
| 4.10     | Combustível e Lubrificantes     | R\$        | 7.560               |
| <b>5</b> | <b>Outras Despesas</b>          | <b>R\$</b> | <b>191.308</b>      |
| 5.1      | Utilidades                      | R\$        | 32.064              |
| 5.2      | Contingências                   | R\$        | 104.644             |
| 5.3      | Depreciação E Amortização       | R\$        | 30.395              |
| 5.4      | Despesas Gerais                 | R\$        | 24.205              |
|          | <b>TOTAL (BRUTO)</b>            |            | <b>R\$2.053.814</b> |

## **II – METAS ASSISTENCIAIS**

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos e de Ensino 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 a microrregião e/ou macrorregião de saúde, no qual o Hospital está inserido.

### **DAS OBRIGAÇÕES E DAS RESPONSABILIDADES:**

Do Hospital

Cabe ao Hospital sem prejuízo das demais responsabilidades atribuídas:

- a. Integrar a Rede de Urgência e Emergência do SUS/ES, de acordo com a tipologia assistencial, mantendo o Pronto-Socorro aberto e funcionando 24 horas;
- b. Responsabilizar em manter sempre atualizado o prontuário único multiprofissional dos usuários e o arquivo médico pelo prazo estabelecido em legislações específicas;
- c. Respeitar o direito ao acompanhante.
- d. Realizar os agendamentos dos procedimentos eletivos, de acordo com o fluxo incluído neste documento descritivo **(Anexo 1)**;
- e. Manter as Comissões Intra-hospitalares obrigatórias em pleno funcionamento;
- f. Manter cadastro dos usuários, assim como prontuários que permitam o acompanhamento, o controle e a supervisão dos serviços;
- g. Entregar ao usuário ou responsável, no ato da saída do atendimento, documento com o histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste também a informação de gratuidade do atendimento;
- h. Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), o Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD) ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do SUS;
- i. Implantar Ouvidoria Institucional com escuta de usuários e trabalhadores, com sistemática de respostas e divulgação de resultados ;
- j. Integrar e participar a Rede de Ouvidoria SUS-ES, utilizando a ferramenta informatizada disponibilizada pelo Ministério da Saúde - com perfil de acesso ao sistema pactuado com a Ouvidoria SUS/SESA-ES;
- k. Implantar progressivamente as estratégias e metas do Programa de Segurança do Paciente;



## **Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá**

### **ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

#### **DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS PACTUADAS**

O hospital atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas.

O Serviço de Admissão do Hospital solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pelos entes públicos deste Documento.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pelos entes públicos deste Documento.

O hospital fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos pactuados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo Hospital serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pelos entes públicos deste Documento.

#### **ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

##### **1.1. No processo de hospitalização, estão incluídos:**

- a)** Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- b)** Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessárias adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- c)** Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS- Sistema Único de Saúde, padronização da REMEME;
- d)** Procedimentos e cuidados de enfermagem, necessários durante o processo de internação;
- e)** Fornecer alimentação, com observância das dietas prescritas e necessidades nutricionais dos pacientes;
- f)** Assistência por equipe médica especializada equipe de enfermagem e equipe auxiliar;



**Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

- g)** Utilização de Centro Cirúrgico, com todos os equipamentos de diagnóstico, serviços do centro cirúrgico e instalações correlatas, disponíveis na instituição, necessários ao atendimento do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS, incluindo: 1 – Médico cirurgião para realização dos procedimentos cirúrgicos ora contratados, bem como para acompanhamento e cuidados na evolução dos pacientes nos leitos cirúrgicos; 2 – Equipe de enfermagem para apoio no Centro cirúrgico e assistência ao paciente no leito; e
- h)** O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- i)** Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde);
- j)** Transusão de sangue e hemoderivados;
- k)** Execução de serviços de hotelaria diariamente com fornecimento de roupas hospitalares
- l)** Serviço de Apoio Diagnóstico
- m)** Disponibilizar recursos complementares ao atendimento ao paciente: Serviço Social, Serviços de assistência farmacêutica e de nutrição, serviços de fisioterapia e serviços gerais.

#### **ATENDIMENTO A URGÊNCIAS HOSPITALARES**

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados, realizados pelo Serviço de Urgência do hospital a indivíduos que procurem tal atendimento, seja de forma espontânea ou encaminhado de forma referenciada pelo SUS.

Sendo o hospital tipo “portas abertas”, o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano conforme estabelece a Portaria 2.395/GM/MS?2011.

Para efeito de produção assistencial deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

Se, em consequência do atendimento por urgência o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período inferior a 24 horas, e, não ocorrer à internação ao final deste período, deverá ser registrado o atendimento de consulta de urgência com observação até 24 horas em atenção especializada, não gerando nenhum registro de hospitalização.

O paciente que necessitar de atendimento mais especializado, que o hospital não tem condições estruturais de atender, deverá ser encaminhado a outro de referência, preferencialmente através da Central de Regulação da Secretaria de Estado da Saúde. O paciente será de responsabilidade da equipe do Hospital Concórdia até que seja recebido por outro profissional no hospital ao qual o paciente estará sendo referenciado.



**Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

**ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

O atendimento ambulatorial compreende:

- a)** Primeira consulta
- b)** Inter consulta
- c)** Cirurgias Ambulatoriais

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela regulação assistencial ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

Entende-se por Inter consulta a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

Será considerada intervenção cirúrgica ambulatorial aqueles atos cirúrgicos realizados nas salas de pequenas cirurgias do hospital que não requeiram hospitalização nem a presença obrigatória do profissional médico anestesista.

**I. DETALHAMENTO DAS METAS QUANTITATIVAS PACTUADAS**

| <b>QUADRO 1 - CONTRATO 12 MESES – MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL</b> |                   |                                                                    |               |                 |                             |                     |                       |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------|
| <b>SUBGRUPO</b>                                                       |                   |                                                                    | <b>MENSAL</b> | <b>12 MESES</b> | <b>AMBULATORIAL / ANUAL</b> |                     |                       |
|                                                                       |                   |                                                                    | <b>Quant.</b> | <b>Quant.</b>   | <b>Valor SUS</b>            | <b>Valor Mensal</b> | <b>Valor 12 meses</b> |
| <b>1</b>                                                              | <b>0202</b>       | Diagnóstico em Laboratório Clínico                                 | 2.378         | 28.536          | 4,03                        | 9.583,34            | 115.000,08            |
| <b>2</b>                                                              | <b>0204</b>       | Diagnóstico por Radiologia                                         | 872           | 10.464          | 7,21                        | 6.287,12            | 75.445,44             |
| <b>3</b>                                                              | <b>0205</b>       | Ultrassonografia                                                   | 18            | 216             | 30,75                       | 553,50              | 6.642,00              |
| <b>4</b>                                                              | <b>0211</b>       | Métodos diagnósticos em especialidades                             | 200           | 2.400           | 4,11                        | 822,00              | 9.864,00              |
| <b>5</b>                                                              | <b>0301010072</b> | Consulta Médica em Atenção Especializada                           | 52            | 624             | 10,00                       | 520,00              | 6.240,00              |
| <b>6</b>                                                              | <b>0301060029</b> | Consultas com observação                                           | 1.427         | 17.124          | 12,47                       | 17.794,69           | 213.536,28            |
| <b>7</b>                                                              | <b>0301060061</b> | Consultas de Urgência/Emergência                                   | 1.938         | 23.256          | 11,00                       | 21.318,00           | 255.816,00            |
| <b>8</b>                                                              | <b>0301100012</b> | Administração de Medicamentos                                      | 2.066         | 24.792          | 0,63                        | 1.301,58            | 15.618,96             |
| <b>9</b>                                                              | <b>0401</b>       | Pequenas Cirurgias e Cirurgias de Pele, Tecido Subcutâneo e Mucosa | 46            | 552             | 23,15                       | 1.064,90            | 12.778,80             |
| <b>TOTAL</b>                                                          |                   |                                                                    | <b>8.997</b>  | <b>107.964</b>  | <b>-</b>                    | <b>59.245,13</b>    | <b>710.941,56</b>     |

**OBSERVAÇÃO:** Os valores totais dos itens 02 e 03 poderão ser compensados entre si, desde que respeitados o valor total contratualizado.



Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

**QUADRO 2 - MEDIA COMPLEXIDADE – INTERNAÇÃO HOSPITALAR CONFORME PPI**

| Internações por especialidades | Mês        | 12 meses     | Valor Médio | Valor médio mensal | Valor médio 12 meses |
|--------------------------------|------------|--------------|-------------|--------------------|----------------------|
| Internação Cirúrgica           | 21         | 252          | 416,17      | 8.739,57           | 104.874,84           |
| Internação Obstétrica          | 45         | 540          | 309,35      | 13.920,75          | 167.049,00           |
| Internação Pediátrica          | 15         | 180          | 377,12      | 5.656,80           | 67.881,60            |
| Internação Clínica             | 155        | 1860         | 570,73      | 88.463,15          | 1.061.557,80         |
| <b>Total geral</b>             | <b>236</b> | <b>2.832</b> | <b>-</b>    | <b>116.780,27</b>  | <b>1.401.363,24</b>  |

**Observação:** As metas pactuadas nos Quadro 1 e 2 se referem exclusivamente a atendimentos a pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS. Para fins de avaliação do cumprimento das metas, a Comissão deverá considerar a quantidade e o valor total mensal do Quadro 1 e a quantidade e o valor total mensal do Quadro 2, e não por procedimento / especialidade em separado. Encontra-se incluso no valor médio da internação clínica o valor correspondente a realização de três exames de endoscopia e dois exames de colonoscopia, os quais deverão ser realizados mensalmente em pacientes internados, quando necessário.

**II. DETALHAMENTO DAS METAS QUALITATIVAS PACTUADA**  
**METAS DA ASSISTÊNCIA**

| Metas de Assistência |                                                                                                                                                               |                  |          |           |                                                                                                             |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Compromissos         |                                                                                                                                                               | Avaliação Mensal |          |           |                                                                                                             |
|                      |                                                                                                                                                               | Meta             | Prazo    | Pontuação | Instrumento                                                                                                 |
| 01                   | Equipe Multidisciplinar no hospital no suporte de tratamento conforme plano terapêutico de do paciente.                                                       | Contínuo         | Contínuo | 10        | Apresentar in loco registros dos prontuários conforme plano de acompanhamento do paciente.                  |
| 02                   | Instituir a entrega do resumo de alta com o plano de cuidado ao usuário ou responsável no momento da saída do estabelecimento, incluindo a contra-referência. | Contínuo         | Contínuo | 10        | Verificação "in loco" no hospital e pela unidade de saúde o recebimento da contra referência por amostragem |



Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

|       |                                                                                                                                                                                                               |          |          |    |                                                                                                                                                                                    |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 03    | Afixar lista com a identificação da equipe responsável pelo atendimento diário, em local visível aos seus usuários, nas entradas de seu público externo ou sala de espera de atendimento aos pacientes do SUS | Contínuo | Contínuo | 10 | Verificação "in loco" e encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde a escala mensal a ser cumprida pelos médicos plantonistas e de sobreaviso, até último dia útil do mês anterior. |
| 04    | Acolhimento com classificação de gestão de risco                                                                                                                                                              |          |          | 10 | 100% dos pacientes submetidos à classificação de risco no serviço de urgência e emergência, em um ano.                                                                             |
| Total |                                                                                                                                                                                                               |          |          | 40 |                                                                                                                                                                                    |

**METAS DE GESTÃO**

| Metas de Gestão |                                                    |                  |          |           |                                                                                                                                                                                  |
|-----------------|----------------------------------------------------|------------------|----------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Compromissos    |                                                    | Avaliação Mensal |          |           |                                                                                                                                                                                  |
|                 |                                                    | Meta             | Prazo    | Pontuação | Instrumento                                                                                                                                                                      |
| 01              | Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) | Contínua         | Imediato | 10        | 1.Reunião trimestral com entrega de ata de presença; (03 pontos )<br>2.Relatório com plano de ação; (03 pontos)<br>3.Cópia do relatório encaminhado a VISA Estadual. (04 pontos) |
| 02              | Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)  |                  |          | 10        | 1.Reunião mensal com entrega de ata de presença; (04 pontos)<br>2.Relatório com plano de ação; (03 pontos)                                                                       |



Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

|    |                                                                                                                                                            |          |          |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                            |          |          |    | 3.Manual de rotinas e procedimentos implantados. (03 pontos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 03 | Comissão de Verificação de Óbito (CVO)                                                                                                                     |          |          | 10 | 1. Reunião mensal com entrega de ata de presença; (02 pontos)<br>2. Apresentação mensal de relatório da Comissão de Revisão de óbitos com análise dos óbitos ocorridos por faixa etária e medidas adotadas; (03 pontos)<br>3.Notificação dos óbitos maternos e neonatais identificando: nome da mãe, endereço, idade e Centro de Saúde que realizou o pré-natal; (02 pontos)<br>4.Encaminhar mensalmente relatório dos óbitos materno e infantil ao Gestor local da Secretária de Saúde. (03 pontos) |
| 04 | Comissão de Revisão de Prontuários Médicos (CRPM)                                                                                                          |          |          | 10 | 1. Reunião Mensal com entrega de ata de presença e relatório com plano de ação; (05 pontos)<br>2.Realizar revisão de no mínimo 5% dos prontuários de consulta de emergência e 5% dos prontuários de saída hospitalares. (05 pontos)                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 05 | Garantir a permanência de acompanhante com direito à acomodação e alimentação para crianças, idosos, gestantes e demais casos conforme legislação vigente. | Contínua | Imediato | 10 | Verificação "in loco"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 06 | Prover meios de escuta dos usuários: Implantar o sistema de ouvidoria.                                                                                     | Contínua | Contínuo | 10 | Responder 100% das demandas registradas, em até 10 dias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 07 | Avaliação da satisfação do usuário ou sua família: aplicar questionário de satisfação.                                                                     |          |          | 10 | 80% de usuários e familiares entrevistados satisfeitos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



**Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

|              |                                                                                                                                                                                                      |          |          |            |                                                                                                                                                        |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08           | Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) do estabelecimento e dos profissionais atuantes.                                                                                               | Contínua | Contínuo | 10         | Atualizar as informações mensalmente até o último dia útil de cada mês, através da cópia do envio do ofício para secretaria de saúde das atualizações. |
| 09           | Registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizados, para alimentação dos sistemas de informação, até o 10º dia útil do mês subsequente. | Contínuo | Contínuo | 10         | Comprovação do e-mail de encaminhamento dos arquivos dos sistemas SIA/SIH.                                                                             |
| 10           | Realizar todas as Notificações das doenças compulsórias de acordo com a Portaria NO – 204, de 17/11/2016, através do sistema ESUS-VS.                                                                | Contínuo | Contínuo | 10         | Comparar relatório de notificações retiradas do ESUS-VS X relatório dos atendimentos com CID 10 no período.                                            |
| <b>Total</b> |                                                                                                                                                                                                      |          |          | <b>100</b> |                                                                                                                                                        |

**\* A pesquisa de satisfação do usuário deverá ser feita obrigatoriamente de acordo com o formulário de entrevista anexa a este documento.**

**METAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

| Metas de Educação Permanente |                                                                                                                            |                  |          |           |                                                                                                                                                |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Compromissos                 |                                                                                                                            | Avaliação Mensal |          |           |                                                                                                                                                |
|                              |                                                                                                                            | Meta             | Prazo    | Pontuação | Instrumento                                                                                                                                    |
| 01                           | N. de reuniões realizadas com os profissionais da equipe multiprofissional do hospital, objetivando a educação permanente. | Contínuo         | Contínuo | 10        | 1.Reunião mensal com entrega de cópia da ata e lista de presença; (04 pontos)<br><br>2.Apresentar cronograma anual de treinamento; (03 pontos) |



Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

|       |                                                                                                                   |           |         |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |                                                                                                                   |           |         |    | 3.Uma (01) reunião/mês. (03 pontos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 02    | Implantar e manter grupo de trabalho em humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do Programa Humaniza SUS. | Implantar | 30 dias | 10 | 1.Entregar cópia da ata e lista de presença; (03 pontos)<br>2.Realizar trimestralmente no mínimo um (01) treinamento sobre a Política Nacional de Humanização. (03 pontos)<br>3.Os treinamentos devem ser precedidos de planejamento, definido com público alvo mínimo de 15% dos funcionários das diferentes áreas – administrativa, assistencial e corpo diretivo no trimestre. (04 pontos) |
| Total |                                                                                                                   |           |         | 20 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

III. PAINEL DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO

| Indicadores de Desempenho |       |                                       |                                                                  |           |                                                                                 |
|---------------------------|-------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Geral                     |       |                                       |                                                                  |           |                                                                                 |
| Nº                        | Tipo  | Descrição                             | Método de aferição                                               | Pontuação | Referência                                                                      |
| 1                         | Geral | Taxa de ocupação dos leitos pactuados | TOH: (Número de pacientes por dia/número de leitos por dia) x100 | 15        | > 85% = 10 pontos<br>50% a 65%=7 pontos<br>50% a 40% =3 ponto<br>< 40% =0 ponto |



**Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

|       |       |                                                                                                                            |                                                                                                                                     |           |                                                                                          |
|-------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2     | Geral | Tempo médio de permanência dos leitos                                                                                      | TMP: (número de pacientes por dia/saídas nesse mesmo período)                                                                       | <b>10</b> | <10dias =10 pontos<br>10a12dias= 5 ponto<br>>12 dias = 0 ponto                           |
| 3     | Geral | Manter a cobertura vacinal de hepatite B com meta de 100% das crianças.                                                    | Dados junto a Vigilância Epidemiológica.<br><br>Apresentar indicador de cobertura vacinal.<br><br>Nascidos vivos x vacinados = 100% | <b>10</b> | 100%<br><br>Apresentar indicador de cobertura vacinal: nascidos vivos x vacinados = 100% |
| 4     | Geral | Realizar o exame de VDRL para todas as parturientes e se necessário com início imediato do tratamento dos casos positivos. | Percentual de teste rápido/100= X total parturientes<br><br>Quantidade de parturiente x 100.                                        | <b>10</b> | 100%<br><br>Apresentar relatório mensal.                                                 |
| 5     | Geral | Realizar exames teste do olhinho e do coração em todos os RN no Hospital AEBES                                             | Nº de RN com teste do olhinho, teste linguinha e teste do coração em todos os RN/ Nº de RN no mês x100                              | <b>15</b> | Acima de >90%<br><br>Apresentar relatório mensal.                                        |
| Total |       |                                                                                                                            |                                                                                                                                     | <b>60</b> |                                                                                          |

OBSERVAÇÃO:

| <b>METAS QUALITATIVAS</b>                                                                                        | <b>TOTAL</b> | <b>PORCENTAGEM</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------|
| <b>Metas de Assistência</b>                                                                                      | <b>40</b>    | <b>100%</b>        |
| <b>Metas de Gestão</b>                                                                                           | <b>100</b>   | <b>100%</b>        |
| <b>Metas de Educação Permanente</b>                                                                              | <b>20</b>    | <b>100%</b>        |
| <b>Metas de Indicadores de Monitoramento e Acompanhamento</b>                                                    | <b>60</b>    | <b>100%</b>        |
| <b>Total de Pontos da soma das Metas de Assistência, Gestão, Educação Permanente e Indicadores de Desempenho</b> | <b>220</b>   | <b>100%</b>        |

**IV - METAS REFERENTE AO RECURSO PRÓPRIO**

|              |
|--------------|
| <b>Metas</b> |
|--------------|



Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

| Compromissos |                                                                                                                                                                | Avaliação Mensal |          |           |                                                                                                                                |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              |                                                                                                                                                                | Meta             | Prazo    | Pontuação | Instrumento                                                                                                                    |
| 01           | Plano de Metas do Hospital com aprovação da Diretoria - ano vigente                                                                                            | Elaboração       | 30 dias  | 10        | Apresentar Plano de Metas com ata de aprovação da Diretoria.                                                                   |
| 02           | Relatório de acompanhamento do Plano de Metas do Hospital - ano vigente                                                                                        | Elaboração       | 90 dias  | 10        | Apresentar, trimestralmente, relatório, em síntese, do cumprimento do Plano de Metas.                                          |
| 03           | Manter 2º plantonista, no mínimo 12 horas, inclusive sábado, domingos em feriados.                                                                             | Contínuo         | Imediato | 10        | Apresentar escala do mês dos plantões mês realizado. (05 pontos)<br>Apresentar números de atendimentos por médico. (05 pontos) |
| 04           | Garanti o acolhimento dos grupos das gestantes conforme cronograma encaminhado pela SESCOU mensal.                                                             | Contínuo         | Imediato | 10        | Lista de presença das Gestantes atestada pela SESCOU                                                                           |
| 05           | Realizar Partograma para todas as gestantes admitidas.                                                                                                         | Contínuo         | Imediato | 10        | 100% das Gestantes;<br>Apresentar relatório mensal.                                                                            |
| 06           | Realizar teste rápido para HIV para todas as gestantes que não tenham realizado a investigação para HIV no pré natal ou cujo resultados não esteja disponível. | Contínuo         | Imediato | 10        | 100% das Gestantes;<br>Apresentar relatório mensal.                                                                            |
| 07           | Taxa de episiotomia                                                                                                                                            | Contínuo         | 06 meses | 10        | Redução < 30% ao ano após primeiros 6 meses a parti da data de assinatura do convênio.                                         |
| 08           | Aleitamento materno na primeira hora de vida                                                                                                                   | Contínuo         | Contínuo | 10        | > 90% dos RNs e mães em viabilidade clínica para amamentação.<br>Apresentar relatório mensal.                                  |
| 09           | APGAR > 7 no quinto minuto                                                                                                                                     | Contínuo         | Contínuo | 10        | > 95% dos recém-natos.<br>Apresentar relatório mensal.                                                                         |



Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

|       |                                                                                                                                                      |          |          |     |                                                                                                                                                   |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10    | Proporção de mulheres com quadro de abortamento que receberam atenção humanizada com utilização de tecnologia apropriada para o esvaziamento uterino | Contínuo | Contínuo | 10  | Utilizar aspiração mecânica intrauterina (AMIU) no mínimo em 50% dos casos atendidos com menos de 12 semanas.<br><br>Apresentar relatório mensal. |
| TOTAL |                                                                                                                                                      |          |          | 100 |                                                                                                                                                   |

OBSERVAÇÃO:

| METAS QUALITATIVAS                                     | TOTAL | PORCENTAGEM |
|--------------------------------------------------------|-------|-------------|
| Total de Pontos das metas referente ao Recurso Próprio | 100   | 100%        |

CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS METAS

ANÁLISE DE DESEMPENHO DAS METAS QUALITATIVAS PARA REPASSE DOS RECURSOS

As metas pactuadas são referentes ao ano de 2025 e deverão ser cumpridas de acordo com o pactuado.

Dez por cento (**10%**) do valor pré-fixado terão seu repasse, mensalmente, condicionados ao percentual de cumprimento das metas de qualidade discriminadas neste Documento Descritivo.

As metas pactuadas e definidas terão uma pontuação total. De acordo com essa pontuação, deverá ser realizado o cálculo do percentual alcançado de acordo com a tabela a seguir:

DEMONSTRATIVO DO PERCENTUAL A SER REPASSADO, VINCULADO A AVALIAÇÃO DAS METAS QUALITATIVAS.



**Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

| <b>Índice percentual sobre o repasse mensal pactuado referente ao cumprimento das Metas de Qualidade (10% da média complexidade)</b> |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Abaixo de 44 pontos                                                                                                                  | Não fará jus ao valor retido |
| 45 a 66 pontos                                                                                                                       | 30% do valor retido          |
| 67 a 88 pontos                                                                                                                       | 40% do valor retido          |
| 89 a 110 pontos                                                                                                                      | 50% do valor retido          |
| 111 a 132 pontos                                                                                                                     | 60% do valor retido          |
| 133 a 154 pontos                                                                                                                     | 70% do valor retido          |
| 155 a 176 pontos                                                                                                                     | 80% do valor retido          |
| 177 a 198 pontos                                                                                                                     | 90% do valor retido          |
| 199 a 220 pontos                                                                                                                     | 100% do valor retido         |

Os recursos financeiros serão repassados de acordo com o percentual total alcançado.

#### **ANÁLISE DE DESEMPENHO DAS METAS QUANTITATIVAS PARA REPASSE DOS RECURSOS**

Fica definido que noventa por cento (**90%**) do valor referente a cada parcela mensal pré-fixada, vinculado ao cumprimento das Metas Físicas (ou Quantitativas). A cada avaliação será avaliado também o cumprimento das metas físicas, conforme faixas de desempenho discriminadas a seguir:

#### **DEMONSTRATIVO DO PERCENTUAL A SER REPASSADO, VINCULADO A AVALIAÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS**

| <b>Índice percentual sobre o repasse mensal pactuado referente à parcela pré-fixada vinculada ao cumprimento das Metas Físicas (90% da média complexidade)</b> |                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumprimento de 95 a 105% das metas físicas pactuadas                                                                                                           | Corresponde ao repasse de 100% da parcela pré-paga em cada sistema (ambulatório e hospitalar) |
| Cumprimento de 81 a 94% das metas físicas pactuadas                                                                                                            | Corresponde ao repasse de 80% da parcela pré-paga em cada sistema (ambulatório e hospitalar)  |
| Cumprimento de 70 a 80% das metas físicas pactuadas                                                                                                            | Corresponde ao repasse de 70% da parcela pré-paga em cada sistema (ambulatório e hospitalar)  |
| Cumprimento abaixo de 70% das metas físicas pactuadas                                                                                                          | Revisão do Contrato                                                                           |

Para efeitos desta avaliação, no cumprimento das metas físicas será considerada a produção do sistema de informação ambulatorial (SIA) e do sistema de informação hospitalar (SIH), da média complexidade. O índice percentual será calculado em separado tanto para o SIA quanto para o SIH. Os índices obtidos serão enquadrados conforme quadro acima.

Para efeitos de avaliação da necessidade de repactuação das metas físicas, e será considerada a produção física total pactuada em relação à produção física total realizada.



**Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

O cumprimento das metas quantitativas e qualitativas, estabelecidas neste Documento Descritivo deverá ser avaliado/atestado pela Comissão de Acompanhamento do Contrato.

**DEMONSTRATIVO DO PERCENTUAL A SER REPASSADO, VINCULADO A AVALIAÇÃO DAS METAS REFERENTE À RECURSO PRÓPRIO.**

| <b>Índice percentual sobre o repasse mensal pactuado referente ao cumprimento das Metas do Recurso Próprio</b> |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Abaixo de 20 pontos                                                                                            | Não fará jus ao valor retido |
| 21 a 30 pontos                                                                                                 | 30% do valor retido          |
| 31 a 40 pontos                                                                                                 | 40% do valor retido          |
| 41 a 50 pontos                                                                                                 | 50% do valor retido          |
| 51 a 60 pontos                                                                                                 | 60% do valor retido          |
| 61 a 70 pontos                                                                                                 | 70% do valor retido          |
| 71 a 80 pontos                                                                                                 | 80% do valor retido          |
| 81 a 90 pontos                                                                                                 | 90% do valor retido          |
| 91 a 100 pontos                                                                                                | 100% do valor retido         |

Os recursos financeiros serão repassados de acordo com o percentual total alcançado.

**CRONOGRAMA DE REUNIÃO DA COMISSÃO PERMANENTE DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO PARA AVALIAÇÃO DO DOCUMENTO DESCRITIVO – ANO 2025**

| <b>Mês</b> | <b>Dia</b> | <b>Horário</b> | <b>Local</b> |
|------------|------------|----------------|--------------|
| Março      | 14/03/2025 | 13h            | Hospital     |
| Abril      | 14/04/2025 | 13h            | Hospital     |
| Maio       | 14/05/2025 | 13h            | Hospital     |
| Junho      | 16/06/2025 | 13h            | Hospital     |
| Julho      | 14/07/2025 | 13h            | Hospital     |
| Agosto     | 14/08/2025 | 13h            | Hospital     |
| Setembro   | 15/09/2025 | 13h            | Hospital     |
| Outubro    | 14/10/2025 | 13h            | Hospital     |



**Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

|           |            |     |          |
|-----------|------------|-----|----------|
| Novembro  | 14/11/2025 | 13h | Hospital |
| Dezembro  | 15/12/2025 | 13h | Hospital |
| Janeiro   | 14/01/2026 | 13h | Hospital |
| Fevereiro | 13/02/2025 | 13h | Hospital |

**DECLARAÇÃO**

Na qualidade de representante do contratado DECLARO, para fins de prova junto à Secretaria Municipal de Saúde/FMS, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem qualquer débito de mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Nacional, Estadual e Municipal ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no Orçamento da SMS/FMS, na forma deste Documento Descritivo.

Data:

---

**RODRIGO ANDRÉ SEIDEL**

Presidente da AEBES

**APROVAÇÃO DO CONCEDENTE**

**Aprovado:**

Data:

---

**CARLOS ALBERTO JARSKE**

Secretário Municipal de Saúde / Gestor FMS



**Prefeitura Municipal de Santa Maria de Jetibá**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

**APROVAÇÃO**

O valor total estimado para a execução deste Documento Descritivo .....  
(.....)

**Assinatura e carimbo da CONCEDENTE**

Nome: CARLOS ALBERTO JARSKE

CI: 1214635 Órgão Expedidor: SSP - ES

CPF: 01997421704

**Assinatura e carimbo da CONVENIADA**

Nome: RODRIGO ANDRÉ SEIDEL

CI: 1.041.766.8 98 - Órgão Expedidor: SSP ES

CPF: 576.696.940.68

Santa Maria de Jetibá - ES