

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Avenida Brasil n. 200 - Bairro CENTRO - CEP 75075-210 - Anápolis - GO - www.anapolis.go.gov.br
Sede da Prefeitura

ANEXO. TÉCNICO

ANEXO Nº I AO V - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS/2025

ANEXO I

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE SERVIÇOS, INDICADORES E METAS DE PRODUÇÃO E DESEMPENHO

Este anexo constitui cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados entre a Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis-GO e Organizações Sociais, cujo objeto seja o Hospital Municipal Alfredo Abrahão. O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução, monitoramento, avaliação e fiscalização do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo I está dividido em três segmentos: (I) Especificações Técnicas e Descritivo de Serviços, que normatizam a execução contratual na área da saúde; (II) Metas de produção, que definem as premissas técnicas de execução e estabelecem metas quantitativas; (III) Indicadores e Metas de Qualidade/Desempenho que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

1. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

1.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1.1. Aderir e alimentar o(s) sistema(s) de informação a ser(em) disponibilizado(s) pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE para monitoramento, regulação, controle, avaliação e fiscalização de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE;

1.1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros dos procedimentos da Tabela SUS realizados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) através das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), segundo os critérios da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE e do Ministério da Saúde;

1.1.3. Os procedimentos da Tabela SUS devem ser registrados e faturados em concordância com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS.

1.1.4. Atualizar, periodicamente ou sempre que houver qualquer alteração, a listagem de profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento, sua respectiva carga horária, instalações físicas, serviços especializados e suas respectivas classificações, leitos e equipamentos, procedendo aos devidos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) segundo os critérios da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE e do Ministério da Saúde;

1.1.5. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do estabelecimento de saúde. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas até às 10h00 (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

1.1.6. Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

1.1.6.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites, eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Municipal de Anápolis;

1.1.6.2. O PARCEIRO PRIVADO poderá fazer uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites, eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a

gestão de unidade pública de saúde do Município de Anápolis, mediante a autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde.

1.1.7. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no estabelecimento de saúde, disponibilizando a qualquer momento à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no estabelecimento, observando a legislação vigente, dentre elas, as Resoluções e Instruções do Conselho Federal de Medicina;

1.1.7.1. Zelar pela integridade, acondicionamento adequado e guarda dos prontuários dos pacientes assistidos no respectivo estabelecimento de saúde, ainda que produzidos fora da sua gestão, pelo tempo determinado pelas normas específicas;

1.1.7.2. No caso de troca de gestão da unidade, se responsabilizará pela condução da entrega dos prontuários e documentação referente aos atendimentos do paciente, seja assistencial ou para fins de faturamento, ao substituto que ocupará a sua função e herdará os arquivos, pelo tempo determinado pelas normas específicas.

1.1.8. Assumir a inteira responsabilidade pelo fornecimento de materiais, insumos, produtos para a saúde, medicamentos, órteses e próteses (de baixo custo), conforme perfil da unidade, por ele prescritos que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP e suas atualizações ou outra tabela que vier a substituí-la;

1.1.8.1. A depender do parecer emitido por comissão a ser instituída pelo município, quando o **PARCEIRO PÚBLICO** for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores correspondentes poderão ser cobrados regressivamente do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

1.1.8.2. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO** os valores correspondentes às glosas aplicadas ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde referentes a produção hospitalar/ambulatorial (SIA/SIH) e dados referentes ao Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), caso o descumprimento seja decorrente da inobservância do prazo pelo **PARCEIRO PRIVADO** mediante notificação prévia do mesmo;

1.1.8.3. A metodologia de atuação da comissão será disciplinada por regulamento próprio via portaria do gestor da pasta;

1.1.8.4. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

1.1.8.5. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO** os valores correspondentes às glosas aplicadas ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde referentes a produção hospitalar/ambulatorial (SIA/SIH) e dados referentes ao Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), caso o descumprimento seja decorrente da inobservância do prazo pelo **PARCEIRO PRIVADO** mediante notificação prévia do mesmo.

1.1.9. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

1.1.10. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

1.1.11. Consolidar a imagem do ESTABELECIMENTO DE SAÚDE como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

1.1.12. Devolver à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

1.1.13. Disponibilizar a informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, nome da mãe, data de nascimento, Registro Civil (RG) e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

1.1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a:

I- Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e responsabilizar-se pelos arquivos, considerando os prazos previstos em lei, inclusive dos prontuários produzidos anteriores a sua gestão;

II- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

III- Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital;

IV- Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;

V- Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização –PNH;

VI- Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

VII- Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de

iminente perigo de vida ou obrigação legal;

viii- Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;

ix- Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;

x - Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes, idosos e nos demais casos previstos em legislações específicas;

xi- Garantir atendimento indiferenciado (gostaria de sugerir a troca da palavra indiferenciado por : equânime) aos usuários;

xii- Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE de Goiás;

xiii- Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR/Estabelecimento de Saúde", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

a) Nome do usuário;

b) Nome do Hospital/Estabelecimento de Saúde;

c) Localização do Hospital (endereço, município, estado);

d) Motivo da internação (CID-10);

e) Data de admissão e data da alta;

f) Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;

g) Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta;

h) O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos";

i) Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar;

j) Arquivar ou indexar o Informe de Alta Hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

1.1.15. Fazer contato prévio via e-mail e/ou telefone com o coordenador da Atenção Primária à Saúde - APS do município de origem do paciente, para informar a previsão ou confirmação da alta, encaminhando documento de alta com as devidas orientações para prosseguimento no atendimento, sempre que necessário e providências quanto ao transporte para a alta em tempo hábil.

1.1.16. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como do ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE;

1.1.17. Informar e divulgar a existência da Ouvidoria do SUS vinculada ao serviço e garantir o seu pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

1.1.18. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias;

1.1.19. Implantar e/ou Manter um Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU, diretamente ligado à Ouvidoria do SUS da unidade, responsável pela Pesquisa de Satisfação do Usuário, com o objetivo de conhecer a realidade e a satisfação dos usuários do SUS;

1.1.19.1. Ouvidoria e SAU são serviços complementares de atendimento ao usuário e seus atendimentos devem ser registrados no sistema oficial de ouvidoria do SUS, conforme a natureza de atendimento, qual seja: manifestação de ouvidoria ou disseminação de informação.

1.1.20. Realizar Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia, modelo e periodicidade a ser validado pela Secretaria municipal de Saúde, a qual deverá ser realizada em todos os setores do estabelecimento de saúde, com envio de seus resultados estratificados e da eficácia da resolução para a SEMUSA;

1.1.21. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em conformidade com a legislação federal correlata;

1.1.22. Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores do estabelecimento de saúde de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista);

1.1.23. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

1.1.23.1. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, substituição de sistema informatizado (software), nem na estrutura física do **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**, sem a prévia ciência e aprovação da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE;

1.1.23.2. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Contrato;

- 1.1.23.3. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação, Consulta Especializada e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com a Regulação municipal e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;
- 1.1.23.4. Possuir e manter em pleno funcionamento, de forma ininterrupta, por 24 horas, 07 dias por semana, um Núcleo Interno de Regulação – NIR, conforme preconiza o Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação MS/2017, e Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Anexo XXVI Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, atentando-se para o Dimensionamento de Pessoal atuando exclusivamente no NIR, e suas alterações;
- 1.1.23.5. O NIR será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do município/estado, por meio da
- 1.1.23.6. Regulação municipal, para a Unidade Pública de Saúde em comento;
- 1.1.23.7. O NIR deverá estar localizado em área de fácil acesso dentro da unidade de saúde e possuir estrutura física mínima de: sala, computadores, impressora, acesso à internet compatível com as necessidades dos sistemas de regulação utilizados e linha telefônica;
- 1.1.23.8. A estrutura mínima funcional do NIR deverá atender às especificações da secretaria municipal de saúde;
- 1.1.23.9. O NIR deverá ser legitimado com competência definida e divulgada, subordinado à Direção Geral da Unidade de Saúde e à Diretoria de Regulação do município de Anápolis, com funcionamento 24h, 07 dias por semana, para setor de internação hospitalar e de segunda a sexta-feira para setor ambulatorial.
- 1.1.24. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas, Comitês, Equipes, Núcleos e Serviços, considerando RDC63/2011, ou outra vigente:
- 1.1.25.
- I - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
 - II- Comissão de Verificação/investigação de Óbitos;
 - III- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
 - IV - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
 - V- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
 - VI- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
 - VII- Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
 - VIII- Comissão de Biossegurança e Resíduos de Serviços de Saúde;
 - IX - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT).
- 1.1.25.1. Em se tratando de estabelecimento de saúde de nova gestão, o **PARCEIRO PRIVADO** terá até 60 (sessenta) dias do início da vigência do Ajuste para constituir as comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;
- 1.1.26. Manter um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória (DAE) no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico bem como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos declarados, óbitos infantis e fetais, óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida, conforme Portaria SES/GO nº 2743, de 29 de novembro de 2022 e Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de julho de 2021 e Portaria GM/MS nº 1.694, de 23 de julho de 2021. Deverá executar as ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, atendendo aos seguintes requisitos:
- 1.1.26.1. Contar com equipe técnica específica composta por:
- I - um (01) profissional de nível superior enfermeiro, exclusivo para o setor, formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 01 Técnico de enfermagem (por turno, exclusivo para setor) e 01 Técnico administrativo (exclusivo para setor);
- 1.1.26.2. Garantir funcionamento do NHE, 07 dias por semana, durante 24 horas;
- 1.1.26.3. Garantir a realização e/ou apoio nas investigações epidemiológicas das doenças, eventos e agravos de notificação compulsória, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela Vigilância epidemiológica municipal, estadual e nacional dos casos e óbitos hospitalizados nos sistemas de informação correspondente;
- 1.1.26.4. Garantir a participação de integrante do NHE nos Comitê de Investigação de casos e óbitos sempre que demandados (Vigilância municipal e estadual);
- 1.1.26.5. Cumprir com as metas e indicadores pactuados pelas esferas de gestão (municipal, estadual e federal), bem como de digitação oportuna dos casos e óbitos das DAE Imediata, segundo legislação vigente em até 24 (vinte e quatro) horas;
- 1.1.26.6. Indicar representantes do NHE para participar de eventos, cursos, treinamentos e reuniões quando convidados pela SEMUSA e SES;

- 1.1.26.7. Submeter-se às normas e rotinas estabelecidas pela Diretoria de Vigilância/Gerência de Vigilância Epidemiológica Municipal e RENAVEH (Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar);
- 1.1.26.8. Garantir o envio de amostras de casos e óbitos suspeitos ou confirmados das DAE ao laboratório, conforme fluxo estabelecido, respeitando os critérios de coleta, armazenamento e transporte;
- 1.1.26.9. Estabelecer fluxo de comunicação dos exames de DAE realizados pelos laboratórios terceirizados, ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, que fará o contato com as Vigilância Epidemiológica municipais e estadual.
- 1.1.27. Estabelecer, implementar e disponibilizar a comissão de monitoramento o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC ANVISA nº 509, de 27 de maio de 2021 e NBR 15943/2011, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;
- 1.1.27.1. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.
- 1.1.28. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde, bem como, implementar e disponibilizar, o Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC 509/2021, NBR 5410, NBR 13534, NBR 15943 e as demais resoluções;
- 1.1.29. Proporcionar condições de infraestrutura predial e controle de qualidade do ar em ambientes climatizados. **OPARCEIRO PRIVADO** deverá implantar e manter durante a vigência deste contrato, Plano de Manutenção, Operação e Controle Predial – PMOCP e Plano de Manutenção, Operação e Controle – PMOC com programação das manutenções preventiva, rotineira e corretiva, de forma a operacionalizar e supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários com profissional que tenha competência legal para garantia de segurança dos sistemas e da edificação conforme especificações contidas na NBR 13971/97, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674 da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT e exigências do Ministério da Saúde e ANVISA, por meio da Portaria GM/MS nº 3.523, de 28 de agosto de 1998, Resolução-RE ANVISA n.º 09, de 16 de janeiro de 2003, e as demais resoluções;
- 1.1.30. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a unidade de saúde conforme a RDC ANVISA nº 509, de 27 de maio de 2021, bem como a NBR 15943/2011 e as demais resoluções;
- 1.1.31. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;
- 1.1.32. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da RDC ANVISA nº 611, de 09 de março de 2022, bem como a NBR ISO 17025;
- 1.1.33. Promover manutenção preventiva para equipamentos e instalações relacionados com infraestrutura como: grupo gerador de emergência, quadro de distribuição de energia, sistema elétrico e luminotécnico, Sistema de Proteção Contra Descarga Atmosférica (SPDA) e aterramento, sistema de ar condicionado, caixas d'água, sistema hidráulico, telefonia, rede lógica, entre outros;
- 1.1.34. Prover programa de manutenção preventiva para sistemas de proteção e combate a incêndios e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC);
- 1.1.35. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência do estabelecimento de saúde, conforme o seu perfil, deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:
- i- 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;
 - ii- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;
 - iii- Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País;
 - iv- Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;
 - v- Lei estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, dispõe sobre o acesso a informações e a aplicação da Lei federal nº

- 12.527, de 18 de novembro de 2011, no âmbito do Municipal de Anápolis, institui o serviço de informação ao cidadão e dá outras providências;
- vi- Norma Regulamentadora MTE nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, aprovada pela Portaria GM/MT n.º 485, de 11 de novembro de 2005;
- vii - Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_investigacao_obito.pdf, ou publicação que venha a substituí-lo;
- VIII Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, Ministério da Saúde, 2017, ou publicação que venha a substituí-lo;
- ix- Nota Técnica SES/SCRS nº 1/2022, que trata do Dimensionamento de recursos humanos atuando exclusivamente no Núcleo Interno de Regulação das unidades de saúde sob gestão e Regulação municipal;
- x - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), ou programa/publicação que venha a substituí-lo;
- xi- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), ou programa/publicação que venha a substituí-lo;
- XII - Portaria GM/MS nº 3.418, de 31 de agosto de 2022, altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a monkeypox (varíola dos macacos) na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;
- xiii- Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de julho de 2021, Institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH);
- xiv- Portaria GM/MS nº 1.694, de 23 de julho de 2021, Institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh);
- xv - Portaria SES/GO nº 2.743, de 29 de novembro de 2022, que Institui a Rede de Vigilância Epidemiológica nas Unidades de Saúde da Atenção Secundária e Terciária no Municipal de Anápolis e dá outras providências;
- xvi - Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022 - Consolidação das normas sobre atenção especializada à saúde - Título II, Capítulo I, Seção III - Da Habilitação de Estabelecimentos de Saúde na Alta Complexidade em Oncologia;
- xvii Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Seção V;
- xviii - Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo II - Do Sangue, Componentes e Hemoderivados;
- xix - Portaria de Consolidação GM/MS nº 4 de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem Portaria GM/MS nº 204/2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências;
- xx - Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Anexo VI (Origem Portaria GM/MS Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; Anexo III (Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE); Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo;
- xxi - Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; com ênfase nos Anexos XXIV (Política Nacional de Atenção Hospitalar); XXXI (Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade) e XXXII (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica);
- XXII - Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;
- xxiii - Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo I - Seção XII - Do Financiamento para o Custeio das Atividades Relacionadas ao Processo Transexualizador;
- xxiv - Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo VIII - Da Segurança do Paciente;
- xxv - Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - Capítulo VI - Seção I - Da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal;

xxvi - Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - Capítulo VI - Seção II - Da Vigilância dos Óbitos Maternos;

xxvii - Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Anexo XXVI - Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde;

xxviii - Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo XIII - Seção I-A - Da Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis;

xxix - Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXIV Procedimentos de Atendimento em Regime de Hospital Dia;

xxx - RDC ANVISA nº 611, de 09 de março de 2022, que estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas;

xxxi - RDC ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências;

xxxii - RDC ANVISA nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue;

xxxiii - RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

xxxiv - RDC ANVISA nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências;

xxxv - RDC ANVISA nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);

xxxvi - RDC ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva;

XL - RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada;

XLI - Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem;

XLII - Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico;

XLIII - Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.

1.1.35.1. Atender toda a legislação e normativas vigentes, e considerar que o rol apresentado neste item é exemplificativo.

1.1.36. Desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação, respeitando e atendendo as normativas estabelecidas pela SEMUSA quanto ao assunto;

1.1.37. Implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de um repositório de informações único de como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE em face dos contratos de gestão firmados;

1.1.38. Será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista;

1.1.39. Deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais;

- 1.1.40. A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe;
- 1.1.41. Fazer uso do sistema disponibilizado pelo município que tenha um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), podendo o **PARCEIRO PRIVADO** contratar melhorias, mas dentro do mesmo sistema da SEMUSA;
- 1.1.41.1. Utilizar todos os módulos do sistema, inerentes a gestão da unidade proposta, de modo a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE em face do contrato de gestão firmado;
- 1.1.41.2. Garantir, em tempo hábil, que todos os documentos do prontuário eletrônico do paciente estejam assinados digitalmente;
- 1.1.41.3. Compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de imagiologia tendo como identificador único o CPF do paciente.
- 1.1.41.4. Comprometer-se a estabelecer um serviço de exames laboratoriais (SADT) que seja integrado ao sistema municipal disponibilizado e armazene no todos os resultados (dados estruturados) e laudos devidamente assinados digitalmente;
- 1.1.41.5. Garantir a confiabilidade dos dados que serão integrados ao Sistema de Regulação em Saúde utilizado pelo serviço de Regulação municipal, para os processos ambulatoriais, urgência e emergência e internação;
- 1.1.42. Quanto à assistência hemoterápica/hematológica deverá:
- 1.1.42.1. Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade;
- 1.1.42.2. Providenciar a estruturação e funcionamento do serviço de hemoterapia;
- 1.1.42.3. Providenciar a inclusão do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário);
- 1.1.42.4. Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados.
- 1.1.42.5. Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SEMUSA e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como a legislação vigente.
- 1.1.42.6. Compete o **PARCEIRO PRIVADO** aquisição do hemocomponente e derivados, a organização, administração e gerenciamento, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento.
- 1.1.42.7. Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas à hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SEMUSA com outros municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SEMUSA.
- 1.1.42.8. Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pela SEMUSA. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.
- 1.1.42.9. Identificar as necessidades de treinamento dos servidores, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento, definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).
- 1.1.42.10. Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica.
- 1.1.42.11. Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina, de forma a atender a legislação vigente.
- 1.1.42.12. Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes
- 1.1.42.15. Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SEMUSA e sob sua responsabilidade.
- 1.1.42.16. Prover a manutenção predial, hidráulica, elétrica, telefonia e rede lógica.
- 1.1.42.18. Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.
- 1.1.42.19. Monitorar o funcionamento garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.

- 1.1.42.22. Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SEMUSA no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.
- 1.1.42.23. Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.
- 1.1.42.26. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.
- 1.1.42.28. Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.
- 1.1.42.29. Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.
- 1.1.42.30. Todos os equipamentos do serviço deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SEMUSA, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.
- 1.1.42.31. Deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.
- 1.1.42.35. Nos casos de aquisição, troca, substituição, remoção ou caracterização de desuso/inservibilidade de equipamentos, realizar comunicação formal à fiscal do contrato. Caso alguma das situações envolvam equipamentos e materiais permanentes adquiridos com uso de recursos federais, deverá ser solicitada prévia autorização do fiscal do contrato.
- 1.1.43. Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA e conforme as diretrizes do SUS;
- 1.1.44. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;
- 1.1.45. Assegurar o cumprimento e atendimento a todos os procedimentos requeridos SEMUSA, que estejam previstos na Tabela SIGTAP/SUS vigente e alterações futuras, desde que em concordância com o perfil do estabelecimento de saúde;
- 1.1.46. Atender as normativas federais para recebimento de recursos dessa natureza, conforme orientações próprias contidas em Portarias Ministeriais e em concordância com orientações e normativas;
- 1.1.47. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO** os valores correspondentes aos bloqueios judiciais aplicados ao **PARCEIRO PÚBLICO**, quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos de respostas das demandas judiciais e/ou administrativas, caso o descumprimento seja decorrente da inobservância do prazo pelo **PARCEIRO PRIVADO**, mediante notificação prévia do mesmo.

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

- 2.1. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia;
- 2.2. O Serviço de Admissão do **PARCEIRO PRIVADO** solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE;
- 2.3. Em caso de hospitalização, o **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, conforme orientação e determinação da SEMUSA;
- 2.3.1. No caso de incompatibilidade de perfil ou quando o número de leitos for insuficiente, o **PARCEIRO PRIVADO** deve solicitar as transferências externas por meio da Regulação municipal, informando na ficha de solicitação todos os dados necessários ao processo regulatório, tais como: resumo clínico fidedigno; exames pertinentes ao CID; tipo de leito de acordo com o CID; tipo de precaução estabelecida; atentando-se para eventuais mensagens/informações enviadas pela mesa reguladora via sistema de regulação ou outros meios de comunicação definidos pela SEMUSA;
- 2.4. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão efetuados por meio de sistemas de informação de regulação, controle e processamento definidos pelo Ministério da Saúde e SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE;
- 2.5. O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber as solicitações da Regulação, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora;
- 2.6. O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a encaminhar as remessas de faturamento ambulatorial à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE até o quinto dia útil do mês subsequente à competência para o e-mail: processamento.sus@anapolis.go.gov.br. E até o dia 15, de cada mês, a equipe de Processamento de Dados da SEMUSA, enviará um relatório com as críticas, caso houver, e aguardará até dois dias úteis para recebimento do arquivo corrigido caso seja necessário. Após o envio da remessa de

processamento ao Ministério da Saúde, será encaminhada via e-mail uma síntese de produção ambulatorial e o relatório de produção hospitalar para conferência.

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1 Identificação da Unidade

3.1.1. **Nome:** Hospital Municipal Alfredo Abrahão

3.1.2. **CNES:** 0616036

3.1.3. **Endereço:** Rua P 32 , QD 21, JARDIM PROGRESSO - CEP: 75063610

3.1.4. **Tipo de Unidade:** Hospital geral de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, internação, atendimento as urgências e emergências ortopédicas baixa complexidade e SADT, de demanda espontânea e referenciada.

3.1.5. **Gerência da Unidade:** Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis

3.1.6. **Funcionamento:** 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente, Porta de Entrada (aberta), Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, sendo devidamente referenciado pela Regulação municipal.

3.2 Capacidade Instalada

3.2.1. Estrutura

3.2.1.1. O Hospital Municipal Alfredo Abrahão possui edificação térrea dividida em alas, com leitos destinados à internação de pacientes adultos, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 1. Capacidade Instalada do Hospital Municipal Alfredo Abrahão

Instalações	Quantidade
UTI Adulto	10 leitos
Leito Clínico	10 leitos
Leito Cirúrgico (Urgência)	09 leitos
Leitos Cirurgias (Eletiva)	17 leitos
Isolamento	02 leitos
Box estabilização	03 leitos
Box observação	11 leitos
Salas cirúrgicas	06 salas
RPA	03 box

3.2.1.2. O hospital deverá estruturar e manter um serviço de hemoterapia.

3.3 Perfil da Unidade

3.3.1. O Hospital Municipal Alfredo Abrahão Possui 62 leitos, todos SUS. Atualmente funciona 24 horas e realiza atendimentos de baixa e média complexidade.

3.3.2. As internações são predominantemente cirúrgicas, porém também existem internações clínicas alinhadas ao perfil da

Unidade.

3.3.3. O Hospital está inserido na Rede de Urgência e Emergência como porta de entrada (aberta), atendimento ortopédico baixa complexidade, com classificação de risco, conforme desenho descrito no formato de acesso a unidade.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1 Linhas de Serviços

4.1.1. Para o funcionamento do Hospital Municipal Alfredo Abrahão serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

I. Internação:

- a) Saídas de Clínica Médica;
- b) Saídas Cirúrgicas;
- c) Internações em leitos de UTI adulto.

II Atendimento Ambulatorial:

- a) Consultas Médicas Especializadas: consultas médicas especializadas realizadas em ambulatório;
- b) Consultas Multiprofissionais na Atenção Especializada: consultas multiprofissionais realizadas em ambulatório de queimados.

III Cirurgias Eletivas:

- a) Cirurgia eletiva.

IV Atendimento Ambulatorial - SADT Externo:

- a) corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados pela Regulação Municipal para a Unidade.

V Serviço de Urgência/Emergência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

- a) O Serviço de Urgência/Emergência está voltado para o atendimento ortopédico baixa complexidade.
- b) O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário internado, quando da admissão hospitalar, e deverá informar mensalmente a produção realizada, via Sistema municipal e garantir a informação também no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

VI Serviço de Atendimento a Queimados:

- a) Hospital atenderá pacientes por demanda espontânea ou referenciada por outras unidades de saúde, em qualquer faixa etária;

VII Referências Regionais de Atendimento Relacionados aos Agravos de Notificação Compulsória

- a) Atender em regime de urgência, 24h, o serviço de Referências regionais, de livre demanda, em qualquer faixa etária: Acidente com animais peçonhentos, acidente com material biológico, Atendimento anti-rábico, PEP, PREP, Violências conforme protocolos, dentre outros relacionados aos agravos de notificação compulsória que necessitam do perfil de atendimento.

4.2 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

4.2.1. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar 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, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) que sejam considerados de baixo custo;

4.2.2. A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento. Quando houver avaliação para classificação ou definição de hipótese diagnóstica, de especialidade ou nível de complexidade diferente ao perfil do hospital, após essa definição será o paciente inserido para regulação para outra unidade conforme nível de complexidade.

4.2.3. Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares, enviando a Autorização de Internação Hospitalar - AIH devidamente preenchida pelo médico assistente ou plantonista e os exames pertinentes ao diagnóstico, os quais serão anexados à solicitação no sistema da Regulação municipal;

4.2.3.1. Em caso de doenças de notificação compulsória, encaminhar-se-á simultaneamente a cópia da ficha de notificação, devidamente preenchida;

4.2.4. No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME de baixocusto:

4.2.5. I -Assistência por equipe médica especializada;

II -Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação;

III -Assistência farmacêutica;

IV- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;

V- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;

VI- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;

VII- Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT interno) que sejam requeridos durante o processo de internação;

VIII- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT interno) para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

IX- Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.

X- Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista);

XI- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;

XII- Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;

XIII- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente, considerando a legislação vigente e as normas regulamentadoras do SUS, as quais dão direito à presença de acompanhante;

XIV- Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, e nº 10.048, de 08 de novembro de 2000), assim como qualquer outra situação especial assegurada por lei;

XV- Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário;

XVI- Sangue e hemoderivados (serviço de hemoterapia e disponibilização de hemoderivados);

XVII- Fornecimento de enxoval;

XVIII- A realização das cirurgias, devendo o **PARCEIRO PRIVADO** evitar cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente.

XIX- Procedimentos especiais em número e qualidade adequados para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição;

4.2.6. Transporte inter-hospitalar/inter- unidades de saúde para acesso a cuidados especializados e diagnósticos, e também as transferências inter- hospitalares, em todos os níveis de complexidade, independente da distância, é responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**.

4.2.7. A assistência hospitalar envolve a disposição de equipe de profissionais para atuarem no processo de desospitalização.

4.2.8. Da equipe Multiprofissional:

I- Assistente Social;

II- Enfermagem;

III- Farmácia;

IV- Fisioterapia;

V- Fonoaudiologia;

VI- Nutrição; e

VII- Psicologia.

3. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS HOSPITALARES

4.3.1. A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências, atende "porta aberta" ao atendimento ortopédico baixa complexidade e a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pelo município, durante 24h, sete dias por semana.

4.3.2. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam realizados pelo Serviço de Urgência do

hospital a pessoas encaminhadas conforme:

4.3.2.1- **Ortopedia:** Livre demanda no atendimento ortopédico baixa complexidade, e atendimento referenciado por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), Bombeiro, Serviço de resgate das concessionárias das rodovias, encaminhados de forma referenciada pela Regulação municipal, ou encaminhados pelas Unidades de pronto Atendimento/ Hospitalar pertencentes à rede de atenção de urgência e emergência do município, dentro do perfil de complexidade do serviço e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

4.3.2.2- **Cirurgia Geral:** Referenciado por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), Bombeiro, Serviço de resgate das concessionárias das rodovias, ou encaminhados de forma referenciada pela Regulação municipal, dentro do perfil de complexidade do serviço e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

4.3.2.3- **Internação:** Encaminhados de forma referenciada pela Regulação municipal, dentro do perfil de complexidade do serviço.

4.3.2.4- **Queimados:** Livre demanda na baixa e média complexidade, em qualquer faixa etária;

4.3.2.5- Referências regionais de livre demanda- em qualquer faixa etária (urgência/emergência): Acidente com animais peçonhentos, acidente com material biológico, Atendimento anti-rábico, PEP, PREP, Violências conforme protocolos, e demais agravos de interesse epidemiológico. Os mesmos poderão envolver atendimento clínico, cirúrgico, internação e/ou UTI.

4.3.3. O hospital deverá manter o Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pelo município, encaminhando pacientes de outras especialidades às demais unidades de saúde por meio da Regulação Municipal, ou conforme perfil via referência e contrarreferência.

4.3.4. Para efeito de produção contratada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

4.3.5. Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período **menor** que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

4.3.6. Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Considerar protocolos do intervalo de resultados de exames, para início de terapias medicamentosas nos casos das referências regionais.

4.3.7. O **PARCEIRO PRIVADO** ofertará atendimento de urgência e emergência nas seguintes especialidades:

Quadro 02 .Especialidades médicas para porta de entrada(urgência)

Especialidades médicas para porta de entrada (urgência)
Cirurgia Geral
Clínica Médica
Ortopedia e traumatologia

4.3.8 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá fornecer para os pacientes internados atendimento de avaliações, emissão de pareceres ou até mesmo para investigação e diagnóstico, em seus respectivos leitos de internação nas especialidades medicas que possui regularmente em ambulatório. As demais especialidades deverão ser asseguradas a oferta de parecer, conforme a demanda/necessidade.

4.4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

4.4.1 Consultas Especializadas

4.4.1.1. O Hospital deverá disponibilizar consultas ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade, nas especialidade que possui regularmente ambulatório.

4.4.1.2. O Hospital deverá disponibilizar as agendas de consulta ambulatorial, para a Regulação Municipal, em especialidades e quantidades previamente definidas, para a realização de agendamento de consultas, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatório;

4.4.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará e ofertará a agenda à Regulação Municipal conforme sua carta de serviços. Para

efeito de acompanhamento de metas aquelas classificadas com o “Consulta de egresso” e “Consulta subsequentes (retornos), serão consideradas as consultas efetivamente realizadas/executadas. Para aquelas classificadas como “Primeira consulta” serão consideradas para acompanhamento de meta as consultas ofertadas para a Regulação Municipal;

4.4.1.4. As consultas ambulatoriais compreendem:

- i- Primeira consulta;
- ii- Consulta de egresso e Consultas subsequentes (retornos).

4.4.1.5. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela **Regulação** ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade;

4.4.1.6. Entende-se por Consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade para a qual o mesmo encontrava-se internado. Todas as consultas de egressos devem ser inseridas no Sistema da Regulação municipal. Entende-se por Consulta subsequente (retorno), todas as consultas de seguimento ambulatorial, decorrentes do atendimento inicialmente ofertado. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas no sistema informatizado de Regulação municipal;

4.4.1.7. Para os atendimentos referentes a sessões de Fisioterapia, destinados exclusivamente ao ambulatório de queimados, os mesmos, serão registrados como Consulta de egresso;

4.4.1.8. As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE;

i- Constitui exceção ao disciplinado no *caput* deste subitem, as **consultas ambulatoriais realizadas pela Enfermagem** que atenderem ao Decreto Lei nº 94.406, 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas desta consulta, quais sejam:

- a) análise dos dados contidos no prontuário;
- b) entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento;
- c) diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro);
- d) resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico;
- e) definição do plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e
- f) registro, que é a legitimação das ações deste profissional;

4.4.1.9. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, conforme demanda da SEMUSA, nas especialidades mínimas descritas no quadro abaixo:

Quadro 03. Especialidades Médicas a serem oferecidas no Hospital Municipal Alfredo Abrahão

Especialidades médicas a serem oferecidas no ambulatório	
Cardiologia - Exames pré operatórios (Risco cirúrgico)	Otorrinolaringologia
Cirurgia Geral	Cabeça e pescoço
Cirurgia Ginecologia	Proctologia
Infectologia	Angiologia e Cirurgia Vascular
Cirurgia Pediátrica	Urologia
Ortopedia	

Quadro 04. Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Municipal Alfredo Abrahão

Especialidades em Área Profissional da Saúde iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Municipal Alfredo Abrahão.
Fisioterapia – Queimados

4.4.1.10. O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais), bem como os tipos de consultas (primeira/retorno), **poderão sofrer mudanças**, a critério do **PARCEIRO PÚBLICO** dependendo da avaliação das mesmas, levando-se em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde identificadas pelo município;

4.4.1.11. A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constantemente pela Regulação Municipal. Assim, sempre que necessário, o **PARCEIRO PÚBLICO** solicitará modificações com relação às especialidades ofertadas e/ou tipos de consultas, o que será cumprido pelo **PARCEIRO PRIVADO** em até 30 dias;

4.4.1.12. Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, **o quantitativo total de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais previstas no contrato de gestão**, ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou de tipos de consultas.

4.5 CIRURGIAS ELETIVAS

4.5.1. Consideram-se Cirurgias Eletivas o procedimento cirúrgico preconizado para o restabelecimento da saúde e bem-estar do paciente/usuário, mas que não se enquadra como urgência e emergência médica e, portanto, pode ser **programado** de acordo com a capacidade dos serviços de cirurgia e as necessidades do indivíduo;

4.5.2. Por não ser considerada de urgência ou emergência, é agendado dia e horário para sua realização conforme mapa cirúrgico do hospital e a ocasião mais propícia. Geralmente é realizada após diversos exames que são feitos para garantir as melhores condições de saúde dos pacientes/usuários (risco cirúrgico) e aqui são estratificadas em 4 tipos, a saber: pequeno procedimento ambulatorial, cirurgia eletiva ambulatorial e cirurgia eletiva hospitalar.

4.5.2.1. Pequeno procedimento ambulatorial: procedimento cirúrgico de pequeno porte realizado no consultório ou ambulatório, geralmente sob anestesia local, com alta imediata do paciente/usuário, sem necessidade de internação hospitalar pós-operatória;

- I- Instrumento de registro: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAi);
- II- Autorização para execução: via regulação ambulatorial;
- III- Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema municipal de regulação.

4.5.2.2. Procedimento eletivo ambulatorial: procedimento cirúrgico de pequeno porte que realizados no centro cirúrgico, sob anestesia local ou sedação, com alta imediata do paciente/usuário, sem necessidade de internação hospitalar pós-operatória;

- I- Instrumento de registro: APAC;
- II- Autorização para execução: via regulação ambulatorial;
- III- Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema municipal de regulação.

4.5.2.3. Cirurgia eletiva ambulatorial: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia sem necessidade de internação hospitalar pós operatória.

- I- Instrumento de registro: APAC;
- II- Autorização para execução: via sistema de regulação;
- III- Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação e SIA;

4.5.2.4. Cirurgia eletiva hospitalar: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia com necessidade de internação hospitalar pós operatória.

- I- Instrumento de registro: AIH;
- II- Autorização para execução: via sistema de regulação;
- III- Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação e SIH;

4.5.2.5. As cirurgias eletivas hospitalares aqui serão estratificadas em 2 tipos, conforme especificado abaixo:

- I- Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: média de permanência hospitalar de 2 a 3 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto custo;
- II- Cirurgia eletiva hospitalar de média complexidade: média de permanência hospitalar maior que 3 dias, não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo;

- 4.5.2.6. As cirurgias eletivas não envolvem pacientes que estejam em internação hospitalar;
- 4.5.2.7. Os pacientes para acesso à cirurgia eletiva deverão ter como única porta de entrada a consulta ambulatorial **referenciada** pela Regulação municipal, na mesma especialidade da cirurgia eletiva ou dentro da mesma linha de cuidado para o qual o paciente foi regulado (a);
- 4.5.2.8. Não é legítimo converter pacientes que são admitidos via Pronto Socorro de unidades de saúde que possuem porta de entrada aberta 24h, em pacientes elegíveis para inserção na lista de espera da cirurgia eletiva;
- 4.5.2.9. Em situação excepcional será admitida a inserção da solicitação de procedimento cirúrgico eletivo para pacientes que forem admitidos via Emergência. Tratam-se dos pacientes que necessitam de abordagem de 2º tempo cirúrgico pós-trauma na especialidade de ortopedia e retirada de cateter em urologia, reversão de qualquer tipo de ostomia, e em outras situações a depender da demanda da Regulação municipal;
- 4.5.2.10. A unidade de saúde deverá cumprir e fazer cumprir todas as normativas de regulação e autorização de cirurgias eletivas determinadas pela Diretoria de regulação municipal, bem como atualizações futuras e outras normativas estabelecidas no âmbito da SEMUSA;
- 4.5.2.11. A Regulação municipal revisará periodicamente a demanda reprimida da fila de espera para cirurgias eletivas e poderá encaminhar para a Unidade para oferta de vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade da SEMUSA, sem que, entretanto, ultrapasse o total de cirurgias previstas neste contrato e disponibilizadas no mês;
- 4.5.2.12. Do total de cirurgias mensais disponibilizadas e executadas por especialidade, o hospital/estabelecimento de saúde deverá adotar os seguintes critérios:
- 30% das cirurgias ofertadas, serão destinadas à realização de cirurgias eletivas de média complexidade;
 - 70% das cirurgias ofertadas, serão destinadas à realização de cirurgias eletivas de alto giro;
- 4.5.2.13. A Regulação Municipal revisará periodicamente a demanda reprimida da fila de espera para cirurgias eletivas e poderá encaminhar para a Unidade para oferta dessas vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade do município, sem que, entretanto, ultrapasse o total de cirurgias previstas neste contrato e disponibilizadas no mês.

Especialidades Médicas para cirurgias programadas no Hospital Municipal Alfredo Abrahão		
Cirurgia Geral	Urologia	Vascular
Cirurgia Ginecológica	Otorrinolaringologia	Proctologia
Ortopedia/Traumatologia	Cabeça e pescoço	Cirurgia Pediátrica

Pequeno Procedimento Ambulatorial Procedimentos mínimos a serem oferecidos no ambulatório	
Procedimentos do grupo 04.01.01 (sigtap)	Administração de medicação nos casos: Leishmaniose Tegumentar Americana, Neurosífilis, Monkeypox, e outros relacionados a agravos de notificação compulsória encaminhados pela vigilância epidemiológica e regulação.

Procedimento Eletivo Ambulatorial Procedimentos mínimos a serem oferecidos no ambulatório	
Postectomia	Vasectomia

4.6 SADT EXTERNO

- 4.6.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo envolve o conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico, sendo todos esses procedimentos regulados pela Regulação municipal.
- 4.6.2. O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela **Regulação municipal**, no limite da capacidade operacional do SADT;
- 4.6.3. Os Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo a serem ofertados são:

Exames	
Eletrocardiograma	Endoscopia (adulto e pediátrica);
Raio- x (com e sem contraste)	Colonoscopia
Ecocardiograma (adulto e pediátrica);	Ultrassonografia/ Doppler
Ultrassonografia	Análise clínicas - externo

- 4.6.4. Em Situações especiais, poderão ser alocados o serviço de análises clínicas regulado para atender demanda emergencial.
- 4.6.5. Considera-se eletrocardiograma, raio-x e análises clínicas, descritos no SADT externo, prioritariamente para atender a demanda dos exames pré- operatórios dos pacientes regulados para a unidade.
- 4.6.6. O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar o serviço de imagenologia para os usuários da unidade, bem como àqueles da Rede Assistencial de acordo com fluxos estabelecidos pela **Regulação municipal**, no limite da capacidade operacional dos aparelhos de imagem existentes;
- 4.6.7. Os exames a serem ofertados/executados dependerão da disponibilidade do recurso/equipamento, o que poderá ocorrer por locação/comodato ou outra forma de contratação devidamente autorizada;

4.7 SERVIÇOS DE APOIO

- 4.7.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade. O SADT interno deverá ser 24 horas por dia, ininterruptamente, incluindo os exames/testes rápidos necessários aos atendimentos de referências regionais vinculados aos agravos de notificação compulsória e os protocolos relacionados.
- 4.7.2. Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica, ofertando consulta farmacêutica no atendimento do usuário na farmácia ambulatorial, quando houver, e implantando o serviço de farmácia clínica na instituição.
- 4.7.2.1. Deve realizar atendimento 24 horas, sete dias por semana e contar com assistência de farmacêutico durante todo seu horário de funcionamento.
- 4.7.2.2. Poderá adotar sistema de distribuição de medicamentos misto, devendo priorizar a utilização do sistema de distribuição unitário desde que possua estrutura física adequada para a utilização deste ou sistema de distribuição individualizado. O sistema a ser utilizado deve considerar economicidade e segurança do paciente.
- 4.7.2.3. A aquisição de medicamentos deve passar por validação técnica de profissional farmacêutico que precisa verificar e registrar para cada medicamento a ser adquirido, minimamente: registro válido e adequado às finalidades junto à ANVISA; autorização de funcionamento do fornecedor adequada a finalidade junto a ANVISA; alvará sanitário do fornecedor.
- 4.7.2.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar produtos farmacêuticos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e deverá manter um estoque suficiente para assegurar os tratamentos prescritos, não se admitindo falta de medicamentos e insumos que venham prejudicar e comprometer a assistência dispensada aos usuários. É vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas.
- 4.7.2.5. A Relação de Medicamentos Padronizados e Relação de Medicamentos de Alta Vigilância da instituição deverá ser definida pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, publicada e disponibilizada a todos os colaboradores.
- 4.7.2.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá fornecer medicamentos conforme prescrição médica em quantidade suficiente para atendimento durante o período de internação.
- 4.7.2.7. O recebimento de medicamentos pela instituição deverá ser supervisionado por profissional farmacêutico e obedecer aos critérios de Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos, sendo imprescindível a utilização de checklist de recebimento para documentação desse processo.
- 4.7.2.8. A Central de Abastecimento Farmacêutico deve contemplar minimamente área de recebimento/expedição, área de armazenagem geral de medicamentos; quarentena (armazenagem de medicamentos reprovados, vencidos, recolhidos, suspeitos de falsificação ou falsificados), área de armazenamento de medicamentos sujeitos ao regime especial de controle, quando aplicável; área de administração.
- 4.7.2.9. Deve implantar sistema de rastreabilidade por lote e validade do recebimento até a administração do medicamento.

4.7.2.10. Deve implantar sistema de identificação dos medicamentos com vistas a segurança do paciente, utilizando métodos de diferenciação para os nomes com grafias e sons semelhantes.

4.7.2.11. As etiquetas identificadoras dos kits de medicamentos devem possuir no mínimo dois identificadores do paciente (por exemplo, nome completo e data de nascimento).

4.7.2.12. Deverá haver participação de farmacêutico, minimamente, nas seguintes comissões hospitalares: Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT); Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), se couber; Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS); Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

4.7.2.13. A farmácia deve armazenar os medicamentos termolábeis em câmaras frias adequadas para esse fim, transportá-los em caixas térmicas adequadas e identificá-los quanto a necessidade de refrigeração (etiqueta “manter em geladeira”).

4.7.2.14. Deve desenvolver e disponibilizar material técnico relacionado a medicamentos para suporte à equipe multiprofissional, dentre eles: Manual de Diluição e Estabilidade; Manual de Interações Medicamentosas; Manual de Administração de Medicamentos por Acessos Enterais, entre outros que se fizerem necessários.

4.7.2.15. Deve elaborar e disponibilizar Manual de Boas Práticas e Plano de Gerenciamento da Cadeia Medicamentosa.

4.7.2.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deve incluir farmacêuticos nas atividades de avaliação e qualificação de fornecedor de medicamentos.

4.7.2.17. As atividades da Farmácia Clínica devem contemplar: revisão da farmacoterapia; acompanhamento farmacoterapêutico; conciliação medicamentosa (admissão, transição de cuidado e alta); orientação de alta.

4.7.2.18. O registro das atividades de Farmácia Clínica devem ser devidamente realizados em sistema informatizado no prontuário do paciente.

4.7.2.19. Todas as prescrições devem ser analisadas por profissional farmacêutico e devem ter seus medicamentos prescritos pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI).

4.7.2.20. O **PARCEIRO PRIVADO** deve implantar o serviço de farmacovigilância que deve contemplar a participação ativa de profissional farmacêutico. Deve acompanhar, monitorar e propor plano de ação para os indicadores de desempenho do setor.

4.7.2.21 O serviço de farmácia hospitalar deve contar com no mínimo 1 (um) Farmacêutico e 02 (dois) auxiliares por plantão.

4.7.2.22. A Farmácia Clínica deve participar ativamente do plano terapêutico individualizado.

4.7.3. Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada usuário/cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND está proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes/usuários de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional;

4.7.4. Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade.

4.7.5. Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares, conforme legislação vigente.

4.7.6. Possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

4.8 QUEIMADOS

4.8.1. O serviço de queimados tem os componentes: urgência, ambulatorial e cirúrgico (urgência e eletivo), de pequeno e médio queimado;

4.8.2. Hospital atenderá pacientes por demanda espontânea ou referenciada por outras unidades de saúde, em **qualquer faixa etária**;

4.8.3. A unidade deverá possuir serviço ambulatorial para realização do acompanhamento, incluindo curativos.

4.8.4. Deverá dispor de equipe qualificada para realizar atendimentos que necessitam de suporte em Centro Cirúrgico, com ou sem sedação;

4.8.5. Será oferecido o serviço de fisioterapia/reabilitação no ambulatório de queimados, aos pacientes em acompanhamento que houver indicação.

4.8.6. Os atendimentos ao paciente queimado serão contabilizados da seguinte forma:

1 – Primeiro atendimento: será computado dentro dos atendimentos de Emergência – Pronto atendimento;

ii – Curativo ambulatorial - queimado: os curativos subsequentes dos queimados - realizado no consultório ou ambulatório, com ou sem anestesia local, com alta imediata do paciente/usuário, sem necessidade de internação hospitalar pós-operatória;

iii – Curativo em centro cirúrgico - queimado: os curativos subsequentes dos queimados - realizado em centro cirúrgico sob anestesia ou sedação, sem necessidade de internação hospitalar pós-operatória.

4.9 REFERÊNCIAS REGIONAIS DE ATENDIMENTO RELACIONADOS AOS AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

4.9.1. O serviço de referências regionais tem os componentes: urgência, ambulatorial e cirúrgico (urgência), podendo utilizar de internação clínica, cirúrgica e UTI;

4.9.2. Atender em regime de urgência 24h, o serviço de Referências regionais, de livre demanda, em qualquer faixa etária: Acidente com animais peçonhentos, acidente com material biológico, Atendimento anti-rábico, PEP, PREP, Violências conforme protocolos, dentre outros.

4.9.3. Acompanhamento dos casos em que se iniciou algum protocolo e que necessitem de retorno no regime ambulatorial;

4.9.4. Administração de medicação/acompanhamento clínico dos casos no regime de internação ou pequeno procedimento ambulatorial: Leishmaniose Tegumentar Americana, Neurosífilis, Monkeypox, e outros relacionados a agravos de notificação compulsória encaminhados pela vigilância epidemiológica, previamente organizados com a equipe de assistência.

4.9.5. Manter a equipe atualizada e treinada junto aos protocolos nacionais, estaduais e municipais relacionados aos agravos;

4.9.6. Deverá atender as orientações, recomendações e fluxos propostos pela Gerência de Vigilância epidemiológica/Coordenação de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, como instância hierárquica do serviço habilitado.

5. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

5.1. Caso, ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO**/ou a SEMUSA, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

5.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

6. PROPOSTA DE MELHORIAS

6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SEMUSA vigentes;

6.2. O requerimento de investimento trata-se de uma possibilidade, sendo faculdade da Administração Pública autorizar ou não, conforme critérios de oportunidade, conveniência, a depender de dotação orçamentária, devendo atender a supremacia do interesse público;

6.3. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, projetos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SEMUSA, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO**;

6.4. Após aprovação do projeto pela SEMUSA, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários;

6.4.1. A proposta só deverá ser inicialmente executada após a autorização expressa do **PARCEIRO PÚBLICO**;

6.5. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse;

6.6. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**;

6.7. O requerimento de investimento com recursos provenientes de emendas parlamentares seguirá o mesmo rito acima especificado.

7. DA COMUNICAÇÃO

7.1. Considerando a necessidade de comunicação da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE com o público externo, e com a imprensa em geral como intermediária dos meios de informação e divulgação; e ainda, internamente, com os públicos afetos à sua atividade de saúde pública, a SEMUSA adota um padrão e linguagem uniforme para suas práticas de Comunicação, seja visual, em mídias sociais e outras;

7.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá, pois, manter contato com a Comunicação Setorial da pasta, com vistas à padronização de comunicados, notas, releases, estratégias, artes para impressos, vídeos em geral, orientações quanto à identidade visual e relacionamento com a imprensa em geral;

7.3. Caberá à Comunicação Setorial orientar e validar as informações externas conforme manuais e instruções;

7.4. É responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, na execução dos contratos, sob orientação da Comunicação Setorial, proceder a ações que zelem pela imagem da instituição SEMUSA, cuidando de expressar e se referir às unidades como “rede própria da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE” ou “unidade do município de Anápolis” em quaisquer emissão de mensagem em meio escrito, gravado ou em áudio; bem como inserir as logomarcas SUS, e do município de Anápolis, nos documentos e vídeos, obrigatoriamente, seja para divulgação interna ou externa;

7.5. O planejamento de comunicação da unidade de saúde e sua assessoria de imprensa local, deve estar sob a supervisão orientativa da Comunicação Setorial da SEMUSA para efeito de uniformidade dos materiais produzidos; sendo que a comunicação corporativa não deve ter prioridade sobre a institucional e deve caminhar em acordo com esta última.

7.5.1. As logomarcas dos **PARCEIROS PRIVADOS** podem constar em documentos internos obrigatoriamente junto às logomarcas oficiais municipais e SUS, mas, jamais, em fachadas, placas ou letreiros, bem como nos materiais externos, salvo em mídia específica sobre o **PARCEIRO PRIVADO**;

7.5.2. É dever do **PARCEIRO PRIVADO** proceder à revisão sistemática das fachadas, totens e letreiros semelhantes adequando-os à atualização necessária e logomarcas oficiais;

7.6. É responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** promover, divulgar e documentar ações de interesse da unidade, junto à imprensa em geral, e outros públicos de interesse, porém compartilhando toda e qualquer mídia produzida/gravada pela unidade, via DVD, juntamente com a prestação de contas, a ser fornecido para efeito de documentação, memória e história;

7.7. É dever do **PARCEIRO PRIVADO** proceder à mais eficiente comunicação interna com os pacientes, acompanhantes e familiares lançando mão de técnicas e tecnologias que informem a rotina, alterações, boletins e quaisquer outros enunciados de forma clara e objetiva e a mais acessível que for possível;

7.8. As contas das redes sociais quando se referirem às unidades SEMUSA são de propriedade do município de Anápolis e submetidas à orientação da Secom, mas administradas para efeito de alimentação e conteúdo pelas assessorias locais do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de acesso cedido, as quais devem manter profissionais aptos a esse tráfego;

8. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

8.1. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- I- Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal;
- II- Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime mensal;
- III- Relatório de Custos, em regime mensal;
- IV- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outro.

8.2. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**;

8.3. Em atendimento às determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do **PARCEIRO PÚBLICO**, para garantir o direito constitucional de acesso à informação;

8.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter seu estatuto social atualizado, contendo inclusive a informação de quem seja o

PÁRCEIRO PÚBLICO:

ELIANE PEREIRA DOS SANTOS
MÁRCIO AURELIO CORREA
Secretária Municipal de Saúde
Prefeito de Anápolis

PARCEIRO PRIVADO:

REPRESENTANTE: _____
CPF: _____

II - METAS DE PRODUÇÃO

9. REGRA GERAL

9.1. São apresentados as metas de produção contratualizadas com o Hospital Municipal Alfredo Abrahão, para os 12 meses, referentes aos serviços assistenciais. Conforme monitoramento e necessidade, esses indicadores e metas podem ser alterados quando necessário;

9.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do Hospital Municipal Alfredo Abrahão.

9.3. Os indicadores já homologados no Sistema Municipal diariamente pelas equipes das diretorias da SEMUSA;

9.4. Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o quinto dia útil do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria municipal de saúde de Anápolis-GO;

9.5. Nada obsta, entretanto, que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios;

9.6. São consideradas como Metas de Produção, determinantes ao pagamento da parte assistencial/fixa, os seguintes critérios:

9.6.1 Internações Hospitalares

I - Saídas Clínicas

II Saídas Cirúrgicas

Cirurgias:

I- Pequeno Procedimento Ambulatorial

- II- Procedimento Eletivo Ambulatorial
- III- Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro
- IV- Cirurgia eletiva hospitalar de média complexidade

9.6.2 atendimentos Ambulatoriais:

- I- Consulta médica na atenção especializada
- II- Consulta multiprofissional na atenção especializada

9.6.3 SADT Externo: exames e ações de apoio e diagnóstico.

- I- Colonoscopia
- II- Endoscopia (adulto e pediátrica)
- III- Ultrassonografia
- IV- Ultrassonografia Doppler
- V- Radiografia (com e sem contraste)
- VI- Ecocardiograma (adulto e pediátrico)
- VII- Eletrocardiograma
- VIII- Análises Clínicas

9.7. Os atendimentos de urgência e emergência, queimado e referências regionais, apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados ao município mensalmente. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência espontâneos e regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

9.8. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a meta do referido contrato, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente a produção realizada.

9.9. Considera-se eletrocardiograma, raio-x e análises clínicas, descritos no SADT externo, prioritariamente para atender a demanda dos exames pré- operatórios dos pacientes regulados para a unidade. Será considerado o cálculo: pacientes regulados encaminhados SADT EXTERNO proporcional aos realizados, para fins de cálculo do atendimento da meta.

Quadro 07. Metas de atendimentos para o Hospital Municipal Alfredo Abrahão .

Dimensão	Descrição	Meta Mensal
Internação	Clínica Médica	89
	Clínica Cirúrgica	269
Cirurgias	Pequeno procedimento ambulatorial	50
	Procedimento eletivos ambulatoriais	50
	Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro	130
	Cirurgia eletiva hospitalar de média complexidade	56
Atendimentos Ambulatoriais	Consulta médica na Atenção Especializada	900
	Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	200
	Ecocardiograma	100

	Eletrocardiograma	300
SADT EXTERNO	Radiografia com e sem contraste	500
	Endoscopia	200
	Colonoscopia	100
	Ultrassom/ Doppler	100
	Ultrassonografia	500
	Análises Clínicas	3000

10. DETERMINANTES DA PARTE FIXA

10.1. Internações Hospitalares

10.1.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente saídas hospitalares de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Dimensão	Descrição	Meta mensal
Internação	Clínica Médica	89
	Clínica Cirúrgica	269
Obs.: Para o cálculo das saídas hospitalares, considerou-se o número de leitos de internação, a taxa de ocupação de 85% para enfermarias		

10.1.2. Para as saídas clínicas foi considerado TMP de 3,5 dias, considera-se o período de permanência em enfermaria.

10.1.3. As saídas cirúrgicas contemplam também as cirurgias eletivas e de urgência/emergência e queimados que necessitam de internação.

10.1.4. Para as saídas Cirúrgicas considerou-se TMP de 2,5 dias

10.1.5. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticos e terapêuticos necessários para o atendimento adequado das internações hospitalares.

11. Cirurgias Eletivas

11.1.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar cirurgias eletivas conforme perfil dos pacientes atendidos pela unidade. Os pacientes elegíveis para cirurgias eletivas deverão ser encaminhados pela Regulação Municipal via agendamento de consulta de primeira vez ou para avaliação pré-cirúrgica, ou egressos da urgência que foram acolhidos via demanda referenciada/regulada.

11.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar os procedimentos realizados diariamente no Sistema municipal de regulação.

11.1.3. A Unidade Hospitalar deverá realizar cirurgias eletivas encaminhadas pela regulação conforme as metas mensais estabelecidas e não deverá recusar pacientes referenciados para atendimentos cirúrgicos de urgência e emergência. Ou seja, o hospital deve realizar TODAS as cirurgias de urgência e emergência, dentro do perfil da unidade de baixa e médica complexidade, que lhe sejam referenciadas, respeitando a capacidade instalada.

Quadro 10. Quadro Síntese das Cirurgias Eletivas a serem Realizadas no HMAA

Cirurgias Eletivas	Meta Mensal	Meta Anual
Pequeno procedimento ambulatorial	50	600
Procedimento eletivo ambulatorial	50	600

Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro	130	1560
Cirurgia eletiva hospitalar de média complexidade	56	672

11.2 Atendimento Ambulatorial

11.2.1. A Unidade Hospitalar/Estabelecimento de Saúde deverá realizar produção mensal de consultas médicas, consultas multiprofissionais e pequenos procedimentos ambulatoriais;

11.2.2. A depender do cenário epidemiológico, o hospital deverá disponibilizar as vagas de consultas ambulatoriais proporcionalmente de acordo com a restrição prevista na legislação vigente, tendo como base a quantidade mensal definida no item 10.3.3, a seguir;

11.2.3. O hospital deverá disponibilizar vagas de consultas à rede assistencial e executá-las, de acordo com o estabelecido pela Regulação municipal, conforme quadro abaixo:

Atendimento Ambulatorial	Meta Mensal
030101007-2 - Consulta Médica na Atenção Especializada	900
030111001-8 -Consulta Não Médica na Atenção Especializada (queimados)	200

11.2.4. Do total de consultas mensais disponibilizadas e executadas por especialidade, o hospital/estabelecimento de saúde deverá adotar os seguintes critérios:

I - 50% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de primeira consulta e/ou

II - 50% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de primeira consulta de egresso e Consultas subsequentes/retornos .

11.2.5. As consultas de triagem para classificação de risco no Pronto Socorro não deverão ser contabilizadas como consultas ambulatoriais;

11.2.6. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Consulta de Egresso e Consulta Subsequente;

11.2.7. O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), apresentado pelo próprio hospital e posteriormente processado e faturado pelo Ministério da Saúde;

11.2.7.1. O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá empregar outro sistema de aferição conforme normativa própria;

11.3 SADT Externo

11.3.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames, mensalmente, para pacientes externos, sendo devidamente regulados pela Regulação municipal, conforme seus próprios fluxos, no limite da capacidade operacional do SADT;

Exame	Meta mensal	Meta 12 meses
Ecocardiograma	100	1200
Raio- x com ou sem contraste	500	6000
Eletrocardiograma	300	3600

Ultrassonografia/ Doppler	100	1200
Ultrassonografia	500	6000
Endoscopia	200	2400
Colonoscopia	100	1200
Análises Clínicas	3000	36.000

Obs: Será monitorada e acompanhada a necessidade de inclusão de outros exames, caso seja necessário.

11.3.2. A cada três meses à Regulação municipal encaminhará para Unidade a demanda reprimida de SADTs para oferta de vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade da SEMUSA, sem que, entretanto, ultrapasse o total de exames a serem disponibilizados e realizados no mês;

11.3.3. Os exames internos não compõem meta própria, pois já são previstos em outros serviços contratados: internações hospitalares e cirurgias, isso porque a internação deve contemplar todas as necessidades do paciente/usuário;

11.3.4. Em situações de imprevistos, em que os aparelhos instalados em determinada unidade apresentem falha operacional sem previsão de conserto, os SADT-externo poderão ser referenciados para outra Unidade da Rede. E as metas poderão ser reajustadas com procedimentos equivalentes pela tabela sigtap até restabelecimento do funcionamento.

11.3.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá inserir, obrigatoriamente, todas as vagas disponíveis, mensalmente, para os SADTs, no sistema de Regulação municipal.

11.4 Serviço de Farmácia Hospitalar

Quadro 13. Quadro Síntese dos Indicadores do Serviço de Farmácia do HMAA

Critério de produção	Meta Mensal
Disponibilidade do farmacêutico 24 horas durante todo o mês	100% de cobertura do profissional farmacêutico
Prescrições analisadas por profissional farmacêutico por mês	100% de prescrições analisadas por farmacêutico
Notificações de eventos adversos envolvendo medicamentos tratadas pelo serviço de farmácia por mês	100% das notificações tratadas pelo serviço de farmácia

Os indicadores disponibilizados na Tabela Acima deverão ser informados pelo PARCEIRO PRIVADO, separadamente, para efeito de acompanhamento.

11.5 Atendimento às urgências demanda espontânea e referenciadas

11.5.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana e, mensalmente, a meta é atender demanda espontânea de todos usuários conforme perigo da unidade, referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar.

11.5.2. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado de urgência e emergência.

11.5.3. Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção.

11.5.4. Entende-se por SADT Interno os serviços dispensados aos pacientes que estão em acompanhamento no hospital, incluindo os atendidos no Pronto Socorro, queimados e referências regionais.

11.5.5. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SEMUSA para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

III - INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/DESEMPENHO

12. DETERMINANTES DA PARTE VARIÁVEL

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

12.2. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela SEMUSA, até o dia 10 (dez) do mês subsequente, no sistema definido pela SEMUSA.

12.3. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)	≥ 85 %
Tempo Médio de Peranência Hospitalar (dias)	≤ 4
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 17
Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)	≤ 5%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤ 8%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS (exceto por motivo de habilitação e capacidade instalada)	≤ 7%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais	≤ 5%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano	< 50%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano	< 25%
Percentual de Exames de Imagem com resultado liberado em até 72 horas	≥ 70%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias	≥ 95%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Investigadas Oportunamente - até 48 horas da data da notificação	100%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%

12.3.1 Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: Relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos/dia no mesmo período. Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência);

insatisfação da clientela.

Fórmula: [Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100

12.3.2 Tempo Médio de Permanência Hospitalar (dias)

Conceituação: Relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

Fórmula: [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]

12.3.3 Índice de Intervalo de Substituição (horas)

Conceituação: Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

12.3.4 Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

Conceituação: Mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [No de retornos em até 48 horas/ No de saídas da UTI, por alta] x 100

12.3.5 Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

Conceituação: O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100

12.3.6 Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: Mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: [Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100

12.3.7 Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas

cirúrgicos) causas relacionadas à organização da Unidade.

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados à organização da Unidade, tais como falta de vaga na internação, erro de programação, falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100 Observação: excluídas as causas relacionadas ao paciente.

12.3.8 Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) causas relacionadas ao paciente

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados ao paciente, tais como não realizou jejum, absenteísmo, não suspendeu o medicamento, sem condições clínicas, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

12.3.9 Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT expirado (primeiro e segundo ano)

Conceituação: Indicador que sinaliza se as cirurgias eletivas realizadas na unidade estão tendendo a respeitar um tempo de espera máximo clinicamente aceitável conforme o critério SWALIS de classificação de prioridade atribuído pelo médico assistente.

Fórmula: [Número de cirurgias realizadas com TMAT expirado dividido / Número de cirurgias eletivas em lista de espera e encaminhado para unidade] x 100.

12.3.10 Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 72 horas

Conceituação: Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 72 horas (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Fórmula: [Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] X 100.

12.3.11 Percentual de casos de doenças/agravos/eventos de notificação compulsória imediata (DAEI) digitados oportunamente

Conceituação: avaliar a capacidade de detecção de DAEI nas unidades de saúde, por meio da digitação das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata de forma oportuna (menor ou igual à 07 dias) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVIP-Gripe/e-SUS/e-SUS-SINAN).

Fórmula: Nº de casos de DAEI digitadas em tempo oportuno - até 7 dias/ Nº de casos de DAEI digitadas (no período/mês) X 100

12.3.12 Percentual de casos de doenças/agravos/eventos de notificação compulsória imediata (DAEI) investigados oportunamente

Conceituação: avaliar a capacidade de detecção e investigação das DAEI nas unidades de saúde, por meio da investigação das notificações das doenças/agravos/eventos de saúde de notificação compulsória imediata investigadas oportunamente (menor ou igual à 48 horas da data de notificação) nos sistemas de informações de saúde oficiais (SINAN-NET/SINAN-ONLINE/SIVIP-Gripe/e-

SUS/e-SUS- SINAN).

Fórmula: Nº de casos de DAEI investigadas em tempo oportuno - até 48 horas da data da notificação/ Nº de casos de DAEI notificadas (no período/mês) X 100

12.3.13 Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS

Conceituação: Analisa a satisfação dos usuários do SUS em relação ao atendimento prestado pela unidade hospitalar.

Fórmula: [Número de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS / total de atendimentos realizados mensalmente] x 100.

Importante: para todos os indicadores, considera-se "período" o mês fechado.

Anápolis, de _____ de 2025

PÁRCEIRO PÚBLICO:

ELIANE PEREIRA DOS SANTOS
Secretária Municipal de Saúde

MÁRCIO AURELIO CORREA
Prefeito de Anápolis

PARCEIRO PRIVADO:

REPRESENTANTE: _____
CPF: _____

ANEXO Nº II
ENSINO E PESQUISA

13. ENSINO E PESQUISA

13.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

13.2. Tem por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Municipal de Anápolis, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

13.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

13.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Municipal de Anápolis, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

13.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

13.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Municipal de Anápolis poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio e pesquisa científica, mediante ações desenvolvidas pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE através da Escola Municipal de Saúde de Anápolis.

13.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SEMUSA.

13.8. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a legislação, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

13.9. A Escola Municipal de Saúde de Anápolis (EMSA) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SMS-Anápolis em parceria com o **PARCEIRO PRIVADO**.

13.10. A Escola Municipal de Saúde de Anápolis (EMSA) promove o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, em consonância com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, integrante da Política Nacional de Saúde formulada no âmbito do SUS, estabelecendo, orientando, assessorando e monitorando a realização de pesquisa científica na SEMUSA.

13.11. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal, atendendo ao fluxo de pesquisa a ser estabelecido e orientado pela SEMUSA

13.11.1. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por acompanhar o cumprimento dos atos normativos da Escola Municipal de Saúde de Anápolis (EMSA) que venha modificar e/ou substituir, e não deverá permitir a realização de pesquisa científica na Unidade que não esteja cadastrada no fluxo de monitoramento de pesquisas e autorizada pela SES-GO.

13.11.2. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir a citação da SMS-Anápolis como afiliação institucional dos autores na realização de pesquisa, nas publicações científicas, apresentações em eventos dos trabalhos e em todo e qualquer tipo de divulgação das pesquisas científicas executadas nas Unidades de Saúde e/ou Administrativas da SEMUSA.

13.11.3. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir o encaminhamento pelo pesquisador à EMSA de trabalho científico resultante de Pesquisa científica em dados públicos, Pesquisas de revisão da literatura e Relatos de experiência produzidos em Unidade da SEMUSA.

13.11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir que a proposta de aplicação ou incorporação dos resultados das pesquisas realizadas dentro das unidades da SMS-Anápolis sejam apresentadas à EMSA pelos pesquisadores.

13.12. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SEMUSA, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

13.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que a Unidade esteja vinculada a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional, dentre os operacionais da SMS-Anápolis e credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, ou outra que vier a substituir.

13.13.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que o número do CNPJ referente a Unidade da SMS-Anápolis seja cadastrado como

Instituição na Plataforma Brasil e junto à CONEP, para assegurar que as pesquisas se vinculem à SMS-Anápolis.

13.13.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar oficialmente à SMS-Anápolis em qual CEP institucional e CNPJ a Unidade está credenciada, junto à CONEP.

13.13.3. Existindo CEP institucional na Unidade SMS-Anápolis, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter instalações adequadas e os recursos humanos necessários para a operacionalização do mesmo, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013.

13.14. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto à SEMUSA, de forma oficial e justificada, a anuência para alteração de vínculo de sua Unidade com o CEP institucional credenciado à CONEP. Após, avaliação de viabilidade, a EMSA fará a devida orientação pertinente para adequações junto aos CEP's e à CONEP, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o CEP que deixará a função e aquele que a assumirá.

13.15. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto a SEMUSA, de forma oficial e justificada, a anuência para credenciar CEP institucional quando a Unidade pretenda se habilitar como Hospital-Ensino junto ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação, respeitando as normativas vigentes, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013 ou outra que vier a substituir.

13.16. O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá alterar o vínculo de sua Unidade SEMUSA com o CEP institucional credenciado, redistribuindo a Unidade, objetivando a melhoria na qualidade do atendimento às demandas de ensino e pesquisa, e adequação às normativas vigentes. Tal alteração será promovida pela SESG, após análise de viabilidade técnica, conforme estabelecido na Norma Operacional CNS nº 001/2013, e posterior comunicação oficial ao **PARCEIRO PRIVADO**.

13.17. Caso haja mudança de **PARCEIRO PRIVADO** este, deverá garantir durante a transição, de forma oficial e justificada, a continuidade da apreciação dos protocolos de pesquisas e das atividades inerentes ao bom funcionamento do CEP institucional credenciado de sua Unidade.

13.17.1. O **PARCEIRO PRIVADO**, deve informar a SEMUSA e à CONEP, de forma oficial e justificada, a impossibilidade de atuação do CEP institucional credenciado durante o período de transição, conforme estabelecem as normas regulamentares do CNS/CONEP.

13.17.2. No caso de substituição parcial ou total dos membros (Coordenadores, Secretária e Pareceristas) do CEP institucional credenciado da Unidade, deve ser informado de forma oficial e justificada, previamente à SEMUSA e à CONEP, para que seja garantida a continuidade das avaliações éticas aos protocolos de pesquisa em andamento. E que somente retornará às atividades após a análise documental da CONEP e SEMUSA.

13.17.3. Durante o período em que o CEP institucional estiver com as atividades suspensas, os protocolos de pesquisas devem ser cadastrados sob o CNPJ da SES-GO e encaminhados ao CEP CENTRAL da SEMUSA.

13.18. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

13.19. A seleção de preceptores, tutores e coordenadores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição. Esses profissionais deverão ser integrados à rotina e atividade da unidade hospitalar.

13.20. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados para os Programas de Residência, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil da Unidade e normativas referentes aos Programas.

13.20.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deve assegurar em seus contratos de prestação de serviço e/ou trabalho as atividades de ensino, pesquisa e preceptoria que são realizadas na unidade hospitalar.

13.21. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá se atentar ao plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, compatíveis com os valores praticados no mercado, de acordo com a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria e supervisão.

13.22. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

13.23. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da EMSA-Anápolis.

13.24. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normas legais disciplinares.

13.25. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

13.26. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, quando devidamente implantadas.

14. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA E PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

14.1. As Informações e divulgações detalhadas sobre o Programa de Residência Médica e o programa de residência multiprofissional e em área profissional da saúde, incluindo editais, cronogramas, regras, requisitos e demais informações pertinentes, serão divulgadas exclusivamente através da publicação oficial pela EMSA/SEMUSA. Recomenda-se aos interessados acompanhar as publicações desta entidade para obter todas as informações e/ou entrar em contato diretamente com a EMSA.

15. ESTÁGIOS CURRICULARES

15.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

15.2. Os estágios no âmbito da SMS-Anápolis são gerenciados e regulados pela Escola Municipal de Saúde (EMSA), sendo regulamentados pela Lei nº, de 25 de setembro de 2008 e Portaria nº 51/2022 – de 05 de julho de 2022, ou outras que venham substituí-las.

15.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SEMUSA, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.

15.4. A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada exclusivamente pela EMSA, de acordo com a legislação vigente e ocorrerá conforme Edital de Chamada Pública, a ser publicado pela SEMUSA, com o intuito de classificar as Instituições de Ensino que possuam curso da área da saúde, previamente cadastradas.

15.5. O quantitativo de vagas ofertadas será definido pela SEMUSA conjuntamente com as Unidades Administrativas e/ou Assistenciais de Saúde da SEMUSA, levando-se em consideração a capacidade instalada de cada local.

15.6. O número máximo de vagas de estágio considerará o quadro de pessoal assistencial das entidades concedentes de estágio, que deve atender a proporção de até 20% de estagiários para número superior a 25 (vinte e cinco) trabalhadores.

15.7. Os alunos serão encaminhados para as Unidades Assistenciais de Saúde por meio da coordenação de estágio da EMSA, após preenchimento da ficha de inscrição, plano de trabalho e atividades e assinatura do termo de compromisso, no qual deverá constar o número de apólice de seguro.

15.8. A Diretoria de Ensino e Pesquisa ou equivalente, da unidade administrativa ou de saúde, ficará responsável pela distribuição interna dos estagiários, em conjunto com a SEMUSA.

15.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Estágio para EMSA.

16. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

16.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor um plano anual de Educação Permanente em Saúde da Unidade de Saúde de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O plano anual deve ser validado e aprovado pela EMSA.

16.2. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o plano anual à EMSA, via protocolo, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Termo de Colaboração ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da EMSA possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

16.3. A EMSA monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao plano anual, quadrimestralmente, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.

16.3.1. Em se tratando de ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a EMSA monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, bimestralmente.

16.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes ao Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar para EMSA.

PÁRCEIRO PÚBLICO:

ELIANE PEREIRA DOS SANTOS
Secretária Municipal de Saúde

MÁRCIO AURELIO CORREA
Prefeito de Anápolis

PARCEIRO PRIVADO:

REPRESENTANTE: _____
CPF: _____

ANEXO Nº III

GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS

Este anexo objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução da Parceria e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. É composto por duas partes **(I) Especificações Técnicas**, que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e **(II) Quadro de Servidores cedidos**.

17. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DA GESTÃO DO TRABALHO E DOS SERVIDORES CEDIDOS

17.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

17.1.1. Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais;

17.1.2. Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), na área médica e de enfermagem com registro no respectivo Conselho de Classe do Municipal de Anápolis. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS;

17.1.3. Disponibilizar de equipe médica e multiprofissional em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços composta por profissionais das especialidades exigidas, habilitados com título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, e outras instruções normativas, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no Instrumento.

17.1.4. Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e aos serviços a serem prestados;

17.1.5. Assegurar o desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE;

- 17.1.6. Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda às condições mínimas necessárias ao descanso dos colaboradores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão;
- 17.1.7. Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado e, sempre que solicitado, disponibilizá-lo para leitura e migração do banco de dados;
- 17.1.8. Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;
- 17.1.9. Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade;
- 17.1.10. Atentar-se que, em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte (II) Quadro de Servidores cedidos, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SEMUSA;
- 17.1.11. Estar ciente de que o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Municipal de Anápolis por força do referido instrumento, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Municipal de Anápolis, ressalvados os casos de gozo de férias;
- 17.1.12. Ter ciência de que para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do Instrumento;
- 17.1.13. Considerar que a dedução de que trata o item 19.1.12 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à remuneração do servidor substituído (salário e encargos legais), no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;
- 17.1.14. Atentar-se para o fato de que o **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos. (Ofício circular definindo procedimentos e documentos comprobatórios, ex.: contrato, cópia RPA, frequência);
- 17.1.15. Utilizar os valores de mercado da região ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 3 (três) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados, não podendo ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual, independente da forma de contratação;
- 17.1.16. Comprovar e responder mensalmente pelo pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora pactuados, sendo-lhe defeso invocar a existência do Instrumento de ajuste para eximir-se destas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**;
- 17.1.17. Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica;
- 17.1.18. Assegurar a execução da Avaliação Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e da Avaliação de Desempenho Individual a serem realizadas pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo legislação vigente;
- 17.1.19. Aderir e alimentar o sistema de informação disponibilizado pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE para monitoramento, controle e avaliação de resultados de modo a permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação adotado;
- 17.1.20. Alimentar periodicamente o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (ESocial), especialmente, os códigos S-2210, S2220 e S-2240;
- 17.1.21. Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT.
- 17.2. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá indicar o retorno ao **PARCEIRO PÚBLICO** de servidor cedido em exercício na Unidade sob seu gerenciamento desde que motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido, mediante anuência do **PARCEIRO PÚBLICO**;
- 17.3. Conforme interesse e fundamentação da administração Pública poderá, excepcionalmente, ceder servidor público para o **PARCEIRO PRIVADO** que deverá integrá-lo ao serviço da Unidade;
- 17.4. O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento;
- 17.5. Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** em resguardo todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos e fluxos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos;

17.6. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**ressalvados os casos em que houver previsão

legal e compatibilidade de horários, desde que não haja conflito de interesses;

17.7. É vedada a contratação pelo **PARCEIRO PRIVADO**de colaborador, em cargo de confiança ou em comissão, que possua vínculo de matrimônio, união estável ou parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, com os seguintes agentes públicos do Municipal de Anápolis, prefeito, vice-prefeito, do Governador, Vice-Governador, Vereadores, de Secretários, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, bem como de Diretores, estatutários ou não, para quaisquer serviços relativos ao Contrato de Gestão;

17.8. O **PARCEIRO PRIVADO**não poderá proceder à contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade;

17.9. Poderá o **PARCEIRO PRIVADO**tribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade mediante autorização do **PARCEIRO PÚBLICO**; compete a esse último o pagamento em folha e promover a dedução dos repasses mensais ao **PARCEIRO PRIVADO**mediante regulamentação da SEMUSA;

17.10. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido, deverá **PARCEIRO PRIVADO** comunicar o evento, no prazo de 10 (dez) dias contados do mesmo, para providências cabíveis ao caso;

17.11. Responsabilizar-se pela criação e manutenção de um núcleo de assistência aos trabalhadores que tiverem sofrido assédio comprovado, conforme determinado em normativa própria da SEMUSA.

17.12. Para assegurar o cumprimento das obrigações trabalhistas referentes à rescisão de contratos de trabalho ao final da vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter uma reserva técnica, a ser movimentada apenas para fins de pagamento das verbas rescisórias e encargos sociais devidos por ocasião do término ou rescisão do contrato

18. QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao HOSPITAL MUNICIPAL ALFREDO ABRAHÃO		
CARGOS	TOTAL DE SERVIDORES CEDIDOS	VALOR ESTIMADO POR CARGO
		R\$ -
TOTAL GERAL ESTIMADO*	-	R\$ -
MÉDIA CUSTO ESTIMADO MENSAL**	-	R\$ -
Fonte:		
<i>* As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado, representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema municipal.. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de se rvidores, afastamentos e pagamentos de benefícios.</i>		
<i>** Média calculada com base nos valores mensais dos últimos 12 meses (Ref. Setembro de 2022 a Agosto de 2023).</i>		

PÁRCEIRO PÚBLICO:

ELIANE PEREIRA DOS SANTOS
Secretária Municipal de Saúde

MÁRCIO AURELIO CORREA
Prefeito de Anápolis

PARCEIRO PRIVADO:

REPRESENTANTE: _____
CPF: _____

ANEXO Nº IV**ESTIMATIVA DE CUSTOS E VALORES****19. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL**

19.1. Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a **estimativa** do custeio operacional do Hospital Municipal Alfredo Abrahão, o qual será objeto de seleção de instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização Social em Saúde (OSS) e, posterior, celebração de Contrato de Gestão para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, 7 dias por semana.

19.2. Para o cálculo **estimado** do custo operacional da Unidade, foram considerados os dados das diretorias de assistência à saúde, regulação e faturamento de auditoria.

19.3. Visando ao acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão a ser celebrado e o cumprimento das atividades estabelecidas para o **PARCEIRO PRIVADO** este deverá encaminhar **mensalmente**, após assinatura do contrato, conforme cronograma estabelecido pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE HOSPITALAR**.

19.4. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

19.5. Informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE de acordo com normas, critérios de segurança e prazos estabelecidos por ela.

19.6. As informações deverão ser enviadas até o quinto dia útil (CINCO) do mês subsequente à SECRETARIA MUNICIPAL DE

SAÚDE. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

19.7. O Sistema municipal disponibilizado emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo PARCEIRO PRIVADO e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

20. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

20.1. A estimativa dos custos operacionais do **Hospital Municipal Alfredo Abrahão** foi segmentada conforme **possíveis linhas de contratação**. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado. Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu-se os seguintes critérios:

- a) Capacidade física instalada e operacional da Instituição;
- b) Tempo Médio de Permanência, por área e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes;
- c) Legislação relacionada ao perfil de atendimento.

20.2. Todavia, os cálculos foram realizados conforme a possibilidade das **Internações Hospitalares**, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do paciente.

21. MÉTODO DE CÁLCULO

21.1 Metodologia

21.1.1. Considerando a expertise da secretaria estadual de saúde nos contratos de gestão firmados, o perfil das unidades, consideramos viável utilizar por semelhança a base de cálculo utilizada por esse órgão considerando a metodologia do custeio por Absorção, que consiste no uso integral dos custos fixos registrados em cada produto ou serviço comercializado e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006). Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está incorporado dos custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

21.1.2. Para a elaboração do orçamento, foram considerados as seguintes variáveis:

- a) Conhecimento do perfil da Unidade, quanto à: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante.
- b) Conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial;
- c) Seleção de hospitais semelhantes.

21.1.3. Conforme base de dados, o custo mensal estimado foi obtido multiplicando a quantidade estimada de produção, pelo seu custo unitário a variável percentil P50 de base externa.

21.1.4. O *percentil adotado foi o P50*, que é mais econômico que o P75, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

21.1.5. Ressalte-se ainda, que quando tratamos de hospitais de média complexidade, como é o caso deste e de todos aqueles cujos pacientes são referenciados pelo Complexo Regulador municipal, convencionou-se a utilização do P 50, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil daquelas unidades e aos seus custos integrados. O Cálculo, então, buscou ponderar todo o contexto daquela unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização. Considerou-se também a capacidade instalada atualmente existente, já com as alterações de leitos ocorridas recentemente, ou possibilidade destas; a série histórica de atendimentos; os equipamentos instalados; as especialidades e serviços.

21.2 Memória de cálculo

21.2.1. O critério usado para o custeio das “**Internações Hospitalares**” é o paciente-dia, e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias e de 90% para as Unidades de Terapia Intensiva (críticos). O custeio estimado para as unidades de internação e unidades de terapia intensiva foi obtido multiplicando esse volume de paciente-dia pelo custo unitário da diária.

21.2.2. Considerando a taxa de ocupação, haverá projeção de paciente-dia, conforme quadro 1 abaixo. Assim, o custeio estimado para as unidades foi obtido multiplicando esse volume de paciente-dia pelo custo unitário da diária.

Quadro 01. Internações Hospitalares **Hospital Municipal Alfredo Abrahão**

Internações Hospitalares	Nº de Leitos	Quantidade dias do mês	Taxa de Ocupação (TOH)	Paciente-Dia
Enfermaria Adulto Clínica	12	30,4	85%	310
Enfermaria Cirúrgica	26	30,4	85%	672
UTI Adulto	10	30,4	90%	274

21.2.3. Considerando o perfil da unidade, que presta serviço de urgência e emergência, o número foi obtido através de uma estimativa considerando unidades estaduais com perfil semelhante, multiplicando-se a média de atendimentos pelo custo unitário. A precificação deste serviço ocorre independentemente de meta estabelecida, tendo em vista que o número de atendimentos desta especialidade não está sob a governança dos parceiros.

EMERGÊNCIA	Atendimento/mês
Pronto Atendimento	1000

21.2.4. O custeio das cirurgias foi estimado com o seguinte cálculo: tempo médio operatório multiplicado por saídas cirúrgicas, e este resultado multiplicado pelo custo unitário da hora cirúrgica. Para obtenção do tempo médio operatório foi calculado dividindo-se as cirurgia em: procedimento eletivo ambulatorial, cirurgias eletivas de alto giro; eletivas de média complexidade, aplicando-se o tempo médio cirúrgico por porte. Estabeleceu-se: procedimento eletivo ambulatorial (porte I: 0,5 hora), cirurgias eletivas de alto giro (porte II: 2 horas), cirurgias eletivas de média complexidade (porte III: 4,0 horas), cirurgias de urgência (porte IV: 1,8 horas). Destaca-se que o perfil cirúrgico será encaminhado pelo Complexo Regulador Municipal.

Cirurgias	Quantidade	Tempo médio operatório	Horas
Procedimento eletivo ambulatoriais	50	0,50h	25,0
Cirurgias eletivas de alto giro	130	2h	260,0
Cirurgia eletiva de média complexidade	56	4h	224,0
Demais Cirurgias – Cirurgias de Urgência	83	1,8h	150,0h

21.2.5. O custeio do “Atendimento Ambulatorial” foi estimado multiplicando a meta estabelecida pelo seu custo unitário. Devido à variação dos custos, as consultas ambulatoriais foram divididas em consultas médicas e consultas multiprofissionais. Ainda no ambulatório, foi acrescentando os Pequenos Procedimentos cirúrgicos, cujo custo foi obtido multiplicando o volume de atendimento pelo seu respectivo custo unitário. O Atendimento Ambulatorial pode ser sintetizado da seguinte forma:

Atendimento Ambulatorial	Atendimento/mês
Consultas Médicas	900
Consultas Multiprofissionais	200
Pequenos procedimentos ambulatoriais	50

21.2.6. O custeio do “**Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)**” para atendimento interno foi estimado multiplicando o quantitativo estimado de exames pelo seu respectivo custo unitário.

O quantitativo foi estimado baseando-se em dados de unidades com perfil e características semelhantes ao Hospital Alfredo Abrahão, podendo os mesmos serem revistos após os 6 meses iniciais de contrato utilizando para a revisão a serie histórica gerada no período:

SADT Interno	Quantidade
Análises Clínicas	10.000
Anatomia patológica	500
Eletrocardiograma	100
Radiografia com e sem contraste	1.500
Ultrassonografia	100
Ultrassonografia/Doppler	10
Tomografia	250
Ressonância	5
Hemodialise	50
Bolsas de Sangue	70
Total	13.085

23.2.7. O custeio do "Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)" para atendimento externo foi estimado multiplicando o quantitativo conforme metas estimadas, pelo seu respectivo custo unitário extraído do Relatório painel comparativo de custos.

Exame	Meta mensal
020501 - Ecocardiograma	100
0204 - Raio- x com ou sem contraste	500
021102003-6 Eletrocardiograma	300
020501 - Ultrassonografia/ Doppler	100
020501 - Ultrassonografia	500
020901003-7 Endoscopia	200
020901002-9 Colonoscopia	100
Análises Clínica	3000
TOTAL	2400

23.2.8. O custeio do "Atendimento Paciente Queimado" o número foi obtido através de uma estimativa considerando unidades com perfil semelhante, multiplicando-se a média de atendimentos pelo custo unitário. A precificação deste serviço ocorre independentemente de meta estabelecida, tendo em vista que o número de atendimentos desta especialidade não está sob a governança dos parceiros.

Atendimento Ambulatorial	Atendimento/mês
Curativo ambulatorial - queimado	800
Curativo em centro cirúrgico - queimado	120

21.3 Atualização de Valores

21.3.1. Os recursos estimados estão sujeitos ao cumprimento dos resultados esperados, de tal sorte que se busca não haver excesso que implique em desperdício do erário, ou escassez que comprometa a gestão da unidade pública, assim como se estão

limitados ao *necessário* para o cumprimento das metas pactuadas.

22. VALOR MENSAL ESTIMADO

22.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Municipal Alfredo Abrahão** é de **R\$ 4.082.949,26** (quatro milhões, oitenta e dois mil novecentos e quarenta e nove reais e vinte e sete centavos), no Percentil 50.

22.1.1. Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

Hospital Municipal Alfredo Abrahão				
DESCRIÇÃO	CRITÉRIO	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1. SERVIÇOS HOSPITALARES				
1.1 Enfermaria				
Clínico	Paciente dia	310	R\$ 858,99	R\$ 266.286,90
Cirúrgico	Paciente dia	672	R\$ 738,30	R\$ 496.137,60
1.2 UTI				
UTI	Paciente dia	274	R\$ 2.460,79	R\$ 674.256,46
1.3 Emergência				
Pronto Socorro	Atendimento	1000	R\$ 321,13	R\$ 321.130,00
2. ATENDIMENTO AMBULATORIAL				
Consulta Médica	Consulta	900	R\$ 150,88	R\$ 135.792,00
Não Médica	Consulta	200	R\$ 85,99	R\$ 17.198,00
Pequeno procedimento ambulatorial	Procedimento	50	R\$ 85,99	R\$ 4.299,50
3. CIRURGIAS				
Procedimento eletivo ambulatorial	Horas cirúrgica	25	R\$ 2.209,60	R\$ 55.240,00
Cirurgia eletiva de alto giro	Horas cirúrgica	260	R\$ 2.209,60	R\$ 574.496,00
Cirurgia eletiva de media complexidade	Horas cirúrgica	224	R\$ 2.209,60	R\$ 494.950,40
Demais Cirurgias – Cirurgias de Urgência	Horas cirúrgica	150	R\$ 2.209,60	R\$ 331.440,00
4. SERVIÇOS SADT EXTERNO				
Ecocardiograma	Exame	100	R\$ 151,21	R\$ 15.121,00
Raio- x com ou sem contraste	Exame	500	R\$ 61,76	R\$ 30.880,00
Eletrocardiograma	Exame	300	R\$ 31,26	R\$ 9.378,00
Ultrassonografia/ Doppler	Exame	100	R\$ 88,58	R\$ 8.858,00
Ultrassonografia	Exame	500	R\$ 88,58	R\$ 44.290,00
Endoscopia	Exame	200	R\$ 525,12	R\$ 105.024,00
Colonoscopia	Exame	100	R\$ 525,12	R\$ 52.512,00
Análise clínica	Exame	3000	R\$ 8,76	R\$ 26.280,00
5. SERVIÇOS SADT INTERNO				
Análises Clínicas	Exame	10.000	R\$ 8,76	R\$ 87.600,00
Anatomia patológica	Exame	500	R\$ 78,74	R\$ 39.370,00
Eletrocardiograma	Exame	100	R\$ 31,26	R\$ 3.126,00
Radiografia com e sem contraste	Exame	1.500	R\$ 61,66	R\$ 92.490,00
Ultrassonografia	Exame	100	R\$ 88,58	R\$ 8.858,00
Ultrassonografia/Doppler	Exame	10	R\$ 88,58	R\$ 885,80
Tomografia	Exame	250	R\$ 131,52	R\$ 32.880,00
Ressonância	Exame	5	R\$ 440,64	R\$ 2.203,20
Hemodialise	Sessão	50	R\$ 584,76	R\$ 29.238,00
Bolsas de Sangue	Bolsas	50	R\$ 600,00	R\$ 30.000,00

6. SERVIÇOS SADT INTERNO				
Curativo ambulatorial - queimado	Procedimento	800	R\$ 85,99	R\$ 68.792,00
Curativo em centro cirúrgico - queimado	Procedimento	120	R\$ 199,47	R\$ 23.936,40
TOTAL				R\$ 4.082.949,26

22.1.2. É essa, portanto, a estimativa de custo operacional para a presente unidade.

23. CUSTEIO DAS DESPESAS PRÉ-OPERACIONAIS

23.1.1. Poderá ser repassado ao Parceiro Privado o valor correspondente de até **15%** do custeio mensal do instrumento contratual, em parcela única, para cobrir os gastos decorrentes das transições de Gestão entre Parceiros Privados distintos e/ou assunção de Gestão, realizadas durante o período compreendido da publicação do extrato do Contrato de Gestão no diário oficial, até o início das atividades na Unidade Hospitalar, visando custear as Despesas Pré-operacionais, com vinculação direta à execução do objeto, autorizada pela SEMUSA e com a devida prestação de contas;

23.1.2. O percentual contido no item anterior, poderá ser acrescido ao Contrato de Gestão, em parcela única e distinta dos demais recursos previstos, tendo em vista que os custos pré-operacionais não estão previstos na matriz de custeio, haja vista a metodologia de custos por absorção;

23.1.3. Nos processos de transição e/ou assunção da gestão de unidades de saúde não é possível o repasse de valores para cobertura de despesas pré-operacionais no âmbito pré-contratual (antes da publicação do extrato do Contrato de Gestão/Termo de Colaboração no Diário Oficial);

23.1.4. No ato da assinatura do Contrato de Gestão, o Parceiro Privado que pleitear o repasse decorrente de eventuais despesas pré-operacionais, deverá apresentar a SEMUSA um Plano de Ação com todos os custos pré-operacionais a serem realizados até o início das atividades, cabendo a SEMUSA verificar se a despesa está vinculada à execução do objeto e autorizar formalmente a sua execução;

23.1.5. Encerrado o período pré-operacional, o Parceiro Privado apresentará todos os comprovantes/notas fiscais das despesas autorizadas previamente e realizadas, para a devida prestação de contas;

23.1.6. Nos casos em que a data de vigência do ajuste coincidir com o início do período operacional, o Parceiro Privado não fará jus ao pagamento dos custos pré-operacionais, sendo repassado o valor de custeio mensal previsto no ajuste, que contempla todos os custos;

23.1.7. Não farão jus ao pagamento dos custos pré-operacionais, as transições em que não houver substituição do Parceiro Privado responsável pela Gestão da Unidade de Saúde;

23.1.8. São consideradas despesas pré-operacionais, o pagamento de diárias para realização do serviço de transporte de equipamentos e mobiliários incluindo a realização do carregamento manual do material, segurança predial da unidade a ser gerida incluindo equipamentos, cameras e equipe de pessoal, serviço de telefonia e internet móvel, aquisição de bens de consumo para adequação da unidade, mobiliário planejado, aluguel de equipamentos, veículos e correlatos, bem como contratação de serviços profissionais administrativos e recrutamento de pessoal, condicionada ao cumprimento dos seguintes requisitos:

I – vinculação direta à execução do objeto do ajuste de parceria;

II – caráter temporário da despesa;

III – previsão expressa em programa de trabalho e no contrato de gestão, com a respectiva estimativa de gastos; e

23.1.9. O reembolso, por rateio, das despesas administrativas eventualmente realizadas pela OSS, nas hipóteses em que ela se sirva da estrutura de sua unidade de representação, desde que os dispêndios sejam comprovadamente vinculados à execução do objeto do ajuste de parceria e tenham sido previamente autorizados pela SEMUSA.

Referência Bibliográfica: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos.

Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia. Ed. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006

PÁRCEIRO PÚBLICO:

ELIANE PEREIRA DOS SANTOS
Secretária Municipal de Saúde

MÁRCIO AURELIO CORREA
Prefeito de Anápolis

PARCEIRO PRIVADO:

REPRESENTANTE: _____
CPF: _____

ANEXO Nº V**REPASSES****24. REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE**

24.1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

24.1.1. A atividade assistencial do **PARCEIRO PRIVADO** ser contratada subdivide-se em 05 (cinco) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I, Especificações Técnicas.

24.1.2. Para o funcionamento do Hospital Municipal Alfredo Abrahão (HMAA) serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

24.1.3. I - Internação:

a) Saídas da Unidade de Internação (UI) da Clínica Médica

b) Saídas da Unidade de Internação (UI) da Clínica Cirúrgica

II- Cirurgias Programadas e Ambulatoriais

III- Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais.

IV- Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes da rede de saúde e que foram regulados para a Unidade e internos.

24.1.4. Os Atendimentos de Urgência, as Saídas Cirúrgicas, e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

24.1.5. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

25. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

25.1. Caso, ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO**/ou a SEMUSA, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

25.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SEMUSA vigente.

25.3. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as **justificativas técnicas pertinentes, os projetos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SEMUSA**, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

25.4. Após aprovação do projeto pela SEMUSA, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

25.5. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

25.6. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme ANEXO TÉCNICO I - Especificações Técnicas.

26. SISTEMA DE REPASSE

1. O montante mensal estimado para o Hospital Municipal Alfredo Abrahão é de R\$ 4.082.949,26 (Quatro milhões, oitenta e dois mil, novecentos e quarenta e nove reais e vinte e seis centavos, resultando no valor global de R\$ 48.995.394,12 (Quarenta e oito milhões, novecentos e noventa e cinco mil, trezentos e noventa e quatro reais e doze centavos.)

26.2. Do montante mensal estimado, a **parte fixa 90% (noventa por cento)** corresponde ao valor mensal de **R\$ 3.674.654,33** (três milhões, seiscentos e setenta e quatro mil seiscentos e cinquenta e quatro reais e trinta e três centavos) para o período de **12 (doze) meses**, sendo distribuídos percentualmente nos termos indicados na Tabela I, para efeito de descontos dos **Indicadores de Produção, que poderão ser avaliados e equilibrados mensalmente conforme a produção da unidade.**

26.3. Do valor mensal, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor **R\$ 408.294,92** (quatrocentos e oito mil, duzentos e noventa e quatro reais e noventa e dois centavos), sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo.

26.4. Os repasses mensais poderão ser objeto de desconto caso não atinjam as metas estabelecidas para os indicadores de produção (modalidade de contratação das atividades assistenciais) e Indicadores de Desempenho, compondo assim os percentuais de repasse serão de acordo com a tabela abaixo:

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO VALOR MENSAL	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	PORCENTAGEM (%)
Internações Hospitalares	79%
Cirurgia eletiva	14%
Atendimento Ambulatorial	04%

SADT Externo	03%
TOTAL	100%

26.5. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas, já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no ANEXO TÉCNICO.

26.6. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime semestral, **ou antes**, diante de necessidade da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, e **com comunicado prévio**, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pelo **Hospital Municipal Alfredo Abrahão**.

26.7. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III e V, o mesmo **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital Municipal Alfredo Abrahão**.

26.8 As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

26.9. As informações deverão ser enviadas **até o quinto dia útil de cada mês** para a Secretaria Municipal de Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

26.10. As metas de desempenho serão avaliadas em regime trimestral, **ou antes**, diante de necessidade da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, e, em caso de não cumprimento, **será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês**, conforme disposto neste **Anexo Técnico**.

26.11. Os resultados deverão ser apresentados pelo PARCEIRO PRIVADO mensalmente.

26.12. A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

26.13. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores**, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos;

26.14. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato;

26.15. A cada período de 06 (seis) meses, **ou antes**, diante de necessidade da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, esta procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

26.16. A cada 06 (seis) meses, **ou antes**, diante de necessidade da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, esta **procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta**.

26.17. A Comissão de Monitoramento e Avaliação de Organização Social (CMAOS) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

26.18. Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas**, a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

26.19. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a CMAOS remeterá o parecer para convalidação do Gestor da Pasta.

26.19. O PARCEIRO PRIVADO deverá elaborar e encaminhar à SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao semestre avaliado.

26.21. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

26.22. A análise referida neste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo PARCEIRO PRIVADO e seu correspondente reflexo econômico- financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

26.23. **Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome**

do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

26.24. O PARCEIRO PÚBLICO **realizará mensalmente**, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.

26.25. Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade de saúde gerida.

27. CRITÉRIOS DE REPASSE

27.1. Com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

27.1.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL (90% do Contrato de Gestão)

27.1.1.1. Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **mensal ou trimestralmente, ou antes, diante de necessidade da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.**

27.1.1.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I - *Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do Hospital Municipal Alfredo Abrahão*, a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no **Anexo I** e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao PARCEIRO PRIVADO, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II deste **Anexo Técnico V.**

TABELA II – Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do Hospital Municipal Alfredo Abrahão (HMAA)

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Internações Hospitalares Peso 79%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
Cirurgias eletivas Peso 14%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimento
Atendimentos Ambulatoriais Peso 04%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos

	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimento
SADT Externo Peso 03%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimento

27.1.2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

27.1.2.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico I – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 27.17 deste documento (anexo). Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL ou antes, diante de necessidade da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.**

27.1.2.2. Cada indicador de desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$PCM = \frac{VA}{VM} \times 100$$

Onde:

PCM= Percentual de Cumprimento da Meta; VA= Valor Atingido;
VM= Valor da Meta.

27.1.2.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicar, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$PCM = \{1 - [(VA - VM) / VM]\} \times 100$$

27.1.2.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

Tabela III - Regra de pontuação dos indicadores e projetos estratégicos

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7

60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

27.1.2.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir:

$$\frac{\sum (\text{nota de cada indicador})}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

Quantidade de indicadores

27.1.2.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir e, há que se considerar ainda:

27.1.2.7. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise. A Organização Social da Saúde deverá atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2009, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Municipal de Anápolis, e à Metodologia da Controladoria-Geral do Estado para Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos.

Tabela IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
9 a 10 pontos	100%
9 a 8,9 pontos	90%
7 a 7,9 pontos	80%
7 a 7,9 pontos	70%
6 a 6,9 pontos	60%
Menor que 6 pontos	ZERO

***Ressalta-se que cada área técnica foi responsável pela elaboração de parte deste documento, conforme expertise e área de atuação, subscrevendo em comum o documento apenas para efeitos práticos.

Referência Bibliográfica:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia.** Brasília-DF, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos.



Documento assinado eletronicamente por **Raquel Moreira Barros Tolentino de Araújo Goulart**, Diretor(a), em 30/09/2025, às 13:59, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Eliane Pereira dos Santos, Secretário(a)**, em 02/10/2025, às 08:42, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.apolis.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **1913997** e o código CRC **2F2665FA**.

01108.00005076/2024-90

1913997v16