



PLANO DE TRABALHO

Este Plano de Trabalho constitui parte integrante e indissociável do Termo de Colaboração, que formalizará a parceria autorizada pela Lei Estadual nº 20.795, de 10 de junho de 2020, a qual autoriza o Chefe do Poder Executivo Estadual de Goiás a firmar Termo de Colaboração entre a Administração Pública e a FUNDAHC - Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, para o gerenciamento, operacionalização e a execução de atividades de saúde pública em unidade estadual, ao qual acresce cláusulas específicas, com o objetivo de detalhar os diferentes aspectos relacionados à execução da parceria, mediante a: **(i)** a descrição da realidade que será objeto do ajuste, com a demonstração do nexo entre essa realidade e as atividades ou projetos e metas a serem atingidas; **(ii)** a descrição de metas a serem atingidas e de atividades ou projetos a serem executados; **(iii)** previsão de receitas e de despesas a serem realizadas na execução das atividades ou dos projetos abrangidos pela parceria; **(iv)** a forma de execução das atividades ou dos projetos e de cumprimento das metas a eles atreladas; e **(v)** a definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas, nos termos do art. 22 da Lei nº 13.019/2014 e do art. 5º da Lei Estadual 20.795/2020, sem prejuízo de outras disposições necessárias.

1. OBJETO

1.1 O presente Plano de Trabalho tem por objeto, a parceria entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, doravante denominado **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, e a Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – FUNDAHC, doravante denominada **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL – OSC**, para o fomento, o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, no **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HCSC)**, localizado à Rua Joaquim Caetano, nº 1876, Divino Espírito Santo, CEP: 75.804-040, Jataí-GO, por um período de 06 (seis) meses;

1.2 Este Plano de Trabalho deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, na Lei Estadual nº 20.795, de 10 de junho de 2020 e demais disposições legais pertinentes à matéria.

2. JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO

2.1. A organização da rede e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde a qualquer indivíduo do estado, com equidade e transparência;

2.2. A necessidade de assegurar o acesso com a agilidade e celeridade necessárias neste momento de emergência em saúde pública, reduzindo o tempo de resposta na assistência ao paciente;

2.3. A necessidade de ampliar de forma regionalizada a rede de atenção hospitalar das macrorregiões de saúde, especialmente a Região de Saúde Sudoeste II (Jataí);

2.4. A Resolução CIB nº 027/2020, que aprova a transferência da gestão e gerência do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, CNES 2535556, localizado no Município de Jataí/GO, para a Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO;

2.13. Ademais, considerando a carência e a necessidade de consolidação do acesso integral à saúde dos cidadãos da Macrorregião Sudoeste, e o esforço da SES em induzir a implantação e qualificação dos serviços e a melhoria da atenção à saúde para a população por meio da regionalização das redes de atenção, revela-se imprescindível que a presente parceria sirva como instrumento para a integração sistêmica das ações e serviços de saúde na região, mediante o provisionamento permanente da atenção à saúde, o que somente é cogitável em projetos de duração continuada, como o que ora se pretende firmar, o que é comportado pela estrutura da unidade. Por este motivo, é essencial que o ajuste se estenda para além do enfrentamento à emergência à saúde pública - que atualmente concentra vultosos esforços do Estado -, em observância ao prazo de vigência fixado neste planejamento.

2.14. A Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas da UFG (FUNDAHC) possui expertise necessária, para a administração do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, uma vez que já administra dois hospitais de campanha do Município de Goiânia, e se tratando de fundação de direito privado vinculada à Universidade Federal de Goiás.

2.15. Além da expertise, a FUNDAHC foi a entidade expressamente designada, pela Lei nº 20.795, de 10 de junho de 2020, para a transferência de recursos financeiros com a finalidade de formalização da parceria que tenha por objeto o gerenciamento, a operacionalização e a execução das atividades de saúde pública em unidade estadual, que, no caso, será o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, cuja gestão foi transferida para a Secretaria de Estado da Saúde (Resolução nº 027/2020-CIB), atenderá aproximadamente o quantitativo de 699.317 habitantes, situado na Região Sudoeste II, que compreende os Municípios, Aporé, Caiapônia, Chapadão do Céu, Dovrelândia, Jataí, Mineiros, Perolândia, Portelândia, Serranópolis, Santa Rita do Araguaia, Acreúna, Aparecida do Rio Doce, Cachoeira Alta, Caçu, Castelândia, Itajá, Itarumã, Lagoa Santa,

Maurilândia, Montividiu, Paranaiguara, Porteirão, Quirinópolis, Rio Verde, Santa Helena de Goiás, Santo Antônio da Barra, São Simão, Turvelândia.

2.16. A implantação do modelo de gestão compartilhada de serviços de saúde por meio da presente parceria consiste em estratégia adotada pelo Governo de Goiás, a exemplo de diversos estados e municípios da Federação, para aprimorar a gestão da administração pública, favorecer a modernização, assegurar maior eficiência e qualidade aos processos socioeconômicos, melhorar o serviço oferecido ao usuário SUS com assistência humanizada e garantir a equidade na atenção com acesso para serviços e ações de saúde integrais.

2.17. A gestão de Unidades de Saúde em parceria com a entidade filantrópica se faz com a transferência de recursos públicos para ações direcionadas ao SUS, atendendo às políticas públicas e metas prefixadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

2.18. Os principais benefícios da gestão de Unidades Hospitalares e/ou Ambulatoriais realizadas por meio de uma Organização da Sociedade Civil são:

- Autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais com estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde;
- Agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;
- Contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quantitativa e qualitativa da oferta dos serviços de saúde;
- Agilidade na tomada de decisões.

2.19. As ações e serviços de saúde das unidades hospitalares sob gestão de Organização da Sociedade Civil são garantidas por meio do Termo de Colaboração e do seu respectivo Plano de Trabalho, instrumentos nos quais são detalhadas as metas de produção a serem alcançados, os indicadores de desempenho e os processos de monitoramento, fiscalização e avaliação.

2.20. No que se refere à gestão organizacional em geral, a vantagem também é evidente quanto ao estabelecimento de mecanismos de controles finalísticos, em vez de meramente processualísticos, porquanto a avaliação dá-se pelo cumprimento efetivo e de qualidade das metas estabelecidas no respectivo contrato de gestão. Odete Medauar aponta que:

O administrativista **contemporâneo** tem consciência da diversificação e capilaridade das funções do Estado atual, realizadas, em grande parte, pela atuação da Administração Pública. Por conseguinte, o direito administrativo, além da finalidade de limite ao poder e garantia dos direitos individuais ante o poder, **deve preocupar-se em elaborar fórmulas para efetivação de direitos sociais e econômicos, de direitos coletivos e difusos, que exigem prestações positivas**. O direito administrativo tem papel de relevo no desafio de uma nova sociedade em **constante mudança** (ênfase acrescida)¹.

2.21. A eficiência produzida pelo modelo de gestão não implica em negar a legalidade, mas, ao contrário, constitui componente relevante a ser introduzido na interpretação da lei, vinculando-a com a realidade dos ajustes de parceria. Assim, a eficiência em nada mitigará o princípio da legalidade, mas sim, trará para si uma nova lógica determinando que os resultados práticos alcançados possam ser avaliados sob os diversos prismas da formalidade e abstração.

2.22. A introdução desse modelo de gestão otimiza o princípio da oportunidade para que a Administração Pública cumpra seus deveres com eficiência. Outrossim, é fundamental, para a formação da parceria, a análise detida da previsão estatutária da Organização da Sociedade Civil cujos objetivos e finalidades devem se coadunar com o efetivo desempenho de ações voltadas à defesa, promoção e proteção dos direitos fundamentais envolvidos na execução do ajuste.

2.23. A transferência da gestão, de uma unidade pública para uma entidade sem fins lucrativos, não afasta o Estado de seus deveres constitucionais de assegurar a saúde a todos os brasileiros, apenas designa o desenvolvimento de suas atividades para uma pessoa jurídica especializada, tecnicamente capaz de realizá-las. Em nenhum momento, a política pública de saúde deixará de ser responsabilidade do Poder Público (Governo Estadual). Mesmo administrado, de forma colaborativa, por uma Organização da Sociedade Civil, caso haja problema ou descumprimento das recomendações exaradas não só pelo órgão que supervisionará a execução do ajuste como pelos órgãos de controle, caberá a aplicação de penalidades, devidamente previstas em cláusulas específicas do Termo de Colaboração e do Plano de Trabalho.

2.24. Esses aprimoramentos instituídos e planejados pela Gestão Estadual podem destacar o fortalecimento do papel do Poder Público como gestor e definidor das políticas que devem ser executadas, quais sejam: a regulação estatal dos processos de gestão dos bens públicos, o aperfeiçoamento da avaliação, controle e fiscalização Termo de Colaboração com atuação de equipe qualificada em gestão por resultados, maior publicização das informações de prestação de contas objetivando maior transparência do modelo de parcerias e ajustes do instrumento contratual objetivando adoção de novos parâmetros de desempenho, eficiência e pagamentos mediante os resultados alcançados.

3. MODELO DE GESTÃO E METAS

3.1. O modelo de gestão para gerenciamento dos serviços em regime de mútua cooperação entre os participes, o desenvolvimento de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, respeitando os princípios e diretrizes do SUS, preservando a missão da SES/GO, a legislação ambiental e normas sanitárias, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários.

3.2. A **OSC** terá o compromisso de cumprir as obrigações fiscais e financeiras, bem como as metas estabelecidas pela SESGO; e prestar informações periódicas acerca do funcionamento da Unidade, por meio de sistema informatizados que guardará conexão com os sistemas utilizados pelo **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**.

3.3. As metas de produção para o ajuste serão estimadas para o período de vigência da PARCERIA, 06 (seis) meses, e compõem o Anexo I, deste Plano de Trabalho.

4. VIGÊNCIA

4.1. Os serviços, objeto deste Plano de Trabalho, deverão ser iniciados a partir da publicação do resumo do Termo de Colaboração na imprensa oficial, observado o prazo de vigência de 06 (seis) meses de parceria.

4.2. Os ajustes no Termo de Colaboração propostos durante a execução do objeto deverão ser previamente acordados entre a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e a **OSC**, visando interesse público e recíproco, e integrarão o Plano de Trabalho.

5. DOS RECURSOS FINANCEIROS

5.1. A **FUNDAÇÃO** deverá apresentar projeção orçamentária com despesa operacional mensal máxima de acordo com o Sistema de Repasse descrito no Anexo III – Estimativa de Custeio e Anexo IV - Sistema de Repasse (Regras e Cronograma do Sistema de Repasse e Sistemática e Critérios de Repasse) do Termo de Colaboração, perfazendo as seguintes estimativas para as despesas mensal e anual:

a) O valor mensal de custeio para os 03 (três) primeiros meses perfaz um total de R\$9.469.105,25 (nove milhões, quatrocentos e sessenta e nove mil cento e cinco reais e vinte e cinco centavos);

b) O valor mensal de custeio estimado para os últimos 03 (três) meses perfaz um total de R\$9.519.569,28 (nove milhões, quinhentos e dezenove mil quinhentos e sessenta e nove reais e vinte e oito centavos);

c) Para a vigência total do Aditivo (6 meses), o valor estimado do contrato é de: R\$56.966.023,68 (cinquenta e seis milhões, novecentos e sessenta e seis mil vinte e três reais e sessenta e oito centavos)

5.2. Dos recursos e despesas relacionadas à execução da parceria:

5.2.1. É responsabilidade exclusiva da **OSC** pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito às despesas de custeio, de investimento e de pessoal (art. 42, inc. XIX da Lei nº 13.019/2014).

5.2.2. O pagamento da remuneração da equipe profissional contratada pela **OSC** com recursos desta parceria não gera vínculo trabalhista com a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**.

5.2.3. A **OSC** poderá empregar o máximo de 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

5.2.4. A remuneração dos membros da Diretoria da **OSC** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

5.2.5. É responsabilidade exclusiva da **OSC** pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto previsto no Termo de Colaboração, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** a inadimplência da **OSC** em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução.(art. 42, inc. XX da Lei nº 13.019/2014).

5.2.6. É vedado à **OSC**:

I - Utilizar os recursos para finalidade alheia ao objeto desta parceria;

II - Pagar, a qualquer título, servidor ou empregado público com recursos vinculados à parceria, salvo nas hipóteses previstas em legislação específica e na lei de diretrizes orçamentárias;

5.2.7. Dentre outras despesas, poderão ser quitadas, com recursos vinculados à parceria:

I - A remuneração incluindo o pessoal próprio da organização da sociedade civil, durante a vigência desta parceria; contribuições sociais; despesas com pagamentos de impostos; Fundo de Garantia do Tempo de Serviço; décimo terceiro salário, férias, salários proporcionais, verbas rescisórias e demais encargos trabalhistas e sociais;

II - Diárias para deslocamento, alimentação e hospedagem quando a execução do objeto desta parceria assim o exigir;

III - Custos indiretos que sejam necessários para a execução do objeto desta parceria, independente da proporção em relação ao valor total da parceria;

IV - Aquisição de materiais permanentes e equipamentos fundamentais para a execução do objeto e serviços de adequação de espaço físico, desde que demonstrada a necessidade para a instalação dos referidos materiais e equipamento.

6. DO REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS

6.1. O pagamento será efetivado mediante a liberação de 6 (seis) parcelas mensais, conforme descrito no Anexo Técnico IV – Sistema de Repasse do presente Plano de Trabalho, sendo o valor composto de uma parte fixa correspondente a 90% (noventa por cento) do orçamento mensal e uma parte variável correspondente a 10% (dez por cento) com base na avaliação de indicadores de desempenho.

6.2. As parcelas mensais serão repassadas até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente, ficando a liberação condicionada, ainda, ao cumprimento dos requisitos previstos no art. 48 da Lei nº 13.019/2014 e no art. 16 da Lei Estadual nº 20.795/2020.

6.3. As parcelas dos recursos ficarão retidas até o saneamento das impropriedades ou irregularidades detectadas nos seguintes casos:

I - quando houver evidências de irregularidade na aplicação de parcela anteriormente recebida;

II - quando constatado desvio de finalidade na aplicação dos recursos ou o inadimplemento da **OSC** em relação às obrigações estabelecidas no Termo de Colaboração e / ou no Plano de Trabalho;

III - quando a **OSC** deixar de adotar sem justificativa suficiente as medidas saneadoras apontadas pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** ou pelos órgãos de controle interno ou externo.

7. DO MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS E PRESTAÇÃO DE CONTAS

7.1. No exercício das ações de monitoramento e avaliação do cumprimento do objeto da parceria:

7.1.1. A **OSC** deverá informar e encaminhar, mensalmente, para a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, as quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial (indicadores de produção e aos indicadores de desempenho), por meio de formulários e/ou sistemas eletrônicos definidos pela Secretaria de Estado da Saúde e de registros no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde, até o dia 10 (dez) do mês subsequente.

7.1.2. A cada trimestre, a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, por meio da Gerência de Avaliação das Unidades Próprias e Conveniadas (GAUPC) da SES/GO, procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados enviados pela **OSC** do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

7.1.3. A cada semestre, a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, por meio da Gerência de Avaliação das Unidades Próprias e Conveniadas (GAUPC) da SES/GO, realizará a consolidação dos dados do período com análise conclusiva para avaliação e pontuação inerentes aos indicadores de produção e aos indicadores de desempenho, que emitirá relatório técnico de monitoramento e avaliação sobre a conformidade do cumprimento do objeto e os resultados alcançados durante a execução da parceria.

7.1.3.1. A Gerência de Avaliação das Unidades Próprias e Conveniadas (GAUPC), vinculada à Superintendência de Performance/SES- GO, ficará responsável por emitir o(s) relatório(s) técnico(s) de monitoramento e avaliação, semestralmente, o qual disporá sobre a conformidade do cumprimento do objeto e os resultados alcançados durante a execução da parceria (arts. 59 e 66, parágrafo único, inc. II da Lei nº 13.019/2014), para posterior homologação pela CMA, devendo conter os seguintes elementos:

I - a descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;

II - análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados neste Plano de Trabalho;

III - os valores efetivamente transferidos pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**;

VI - a análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela **OSC** na prestação de contas, quando não for comprovado o alcance das metas e resultados estabelecidos neste Plano de Trabalho e no Termo de Colaboração;

V - a análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.

7.1.4. A **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, realizará, anualmente, pesquisa de satisfação com os beneficiários e utilizará os resultados como subsídio na avaliação da parceria celebrada e do cumprimento dos objetivos pactuados, bem como na reorientação e no ajuste das metas e atividades definidas (art. 58, §2º, da lei nº 13.019/2014);

7.2. A **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** examinará o(s) relatório(s) de execução do objeto emitido(s) pela **OSC**, que deverá conter as atividades e/ou projetos desenvolvidos para o cumprimento do objeto e comparativo de metas propostas e resultados alcançados.

7.3. A **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** poderá solicitar relatório(s) de execução financeira à **OSC**, quando constatado o descumprimento de metas e de resultados estabelecidos, bem como diante interesse público, devendo a **OSC** encaminhá-lo(s) no prazo de 30 dias após ciência da notificação.

7.3.1. O(s) relatório(s) de execução financeira deverá conter descrição das despesas e receitas efetivamente realizadas e sua vinculação com a execução do objeto.

7.4. A **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** poderá, a qualquer tempo, utilizar-se de representantes das Regionais de Saúde para complementação no monitoramento dos serviços prestados.

7.5. A **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** emitirá o relatório de visita técnica in loco eventualmente realizada durante a execução da parceria.

7.6. A **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, por meio de portaria que será publicada em meio de divulgação oficial, designará o gestor da parceria, que se encontre tecnicamente habilitado para a atividade e não incidindo nas hipóteses de vedação legal, em especial a do art. 35, §6º, da Lei nº 13.019/2014 e art. 8º, §5º, da Lei Estadual nº 20.795/2020, ao qual competirá as seguintes atribuições:

I - acompanhar e fiscalizar a execução da parceria;

II - informar ao seu superior hierárquico a existência de fatos que comprometam ou possam comprometer as atividades ou metas da parceria e de indícios de irregularidades na gestão dos recursos, bem como as providências adotadas ou que serão adotadas para sanar os problemas detectados;

III - emitir parecer técnico conclusivo de análise da prestação de contas, levando em consideração o conteúdo do relatório técnico de monitoramento e avaliação a ser emitido pela Administração;

IV - disponibilizar materiais e equipamentos tecnológicos necessários às atividades de monitoramento e avaliação;

V - comunicar o administrador público acerca das situações previstas no caput do art. 62 da Lei nº 13.019/2014.

7.7. A Comissão de Monitoramento e Avaliação é o órgão colegiado destinado a monitorar e avaliar a parceria de que trata este Plano de Trabalho, sendo responsável pelas seguintes atribuições, sem prejuízo de outras que vierem a ser acrescida:

I - homologar o relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, emitido pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, conforme art. 59 da Lei nº 13.019/2014;

II - a análise dos resultados atingidos com a execução do Termo de Colaboração, conforme periodicidade indicada no item 7.2 deste Plano de Trabalho, o que norteará as correções que forem necessárias para garantir a plena eficácia do Plano de Trabalho;

III - exigir da **OSC**, a qualquer tempo, as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos

relatórios avaliados;

IV - ao tomar conhecimento, por meio dos seus integrantes, de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicará imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária;

V - sem prejuízo da medida a que se refere o item anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público;

VI - a cada pagamento de duodécimo, deverá atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pela **OSC**, em especial com relação ao pagamento de: i) salários e benefícios previstos em norma coletiva; ii) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e iii) contribuições sociais e fundiárias;

VII - comunicar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pela **OSC** na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas, inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa;

VIII - analisar toda a contabilidade do ajuste, podendo se valer de terceiros para assessorá-la.

IX - examinar, em caráter preliminar, as excepcionais propostas de alteração no plano de trabalho, relativas aos valores e metas, desde que não impliquem na desnaturação do objeto do ajuste, o que, em caso de viabilidade, dependerá da adequada formalização;

X - comunicar a **OSC** qualquer situação de irregularidade relativa à prestação de contas dos recursos envolvidos, que possam motivar suspensão ou impedimento de liberação de novas parcelas. assinando prazo de até 30 (trinta) dias para regularização.

7.7.1. A Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA) será constituída por servidores das Superintendências: de Performance, de Atenção Integral à Saúde, de Gestão Integrada, e do Complexo Regulador em Saúde.

7.7.2. A Portaria de designação dos membros da CMA, a qual deverá assegurar a participação de pelo menos um servidor ocupante de cargo efetivo ou emprego permanente do quadro de pessoal da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, será publicada no Diário Oficial do Estado de Goiás, afastadas as hipóteses de vedação legal, em especial a do art. 35, §6º, da Lei nº 13.019/2014 e art. 8º, §5º, da Lei Estadual nº 20.795/2020.

7.8. Sem prejuízo da fiscalização pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e pelos órgãos de controle, a execução da parceria será acompanhada e fiscalizada pelo conselho de política pública setorial eventualmente existente na esfera de governo estadual. A presente parceria estará também sujeita aos mecanismos de controle social previsto na legislação específica (art. 60 da Lei nº 13.019/2014).

7.9. Sem prejuízo dos relatórios a serem apresentados pela **OSC** para possibilitar a constante e permanente avaliação e monitoramento da parceria, a análise da prestação de contas anual pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, que será formalizada pela documentação abaixo:

I - cópia do Termo de Colaboração e Aditivo(s), se houver;

II - nota(s) de empenho, inclusive a(s) anulada(s), bem como a(s) ordem(s) de pagamento;

III - ofício de encaminhamento da prestação de contas pelo responsável legal da **OSC**;

IV - ato constitutivo da **OSC** registrado - Estatuto Social vigente no período da prestação de contas;

V - relação nominal dos dirigentes da entidade, no período a que se refere a prestação de contas, contendo nome, CPF, endereço pessoal, atribuições e respectivo períodos de atuação, como se segue: (a) dirigente máximo; (b) membros da diretoria; (c) membros do conselho de administração (curador), e (d) membros do conselho fiscal.

VI - documentação e regularidade fiscal, tributária, previdenciária, de contribuições, de dívida ativa e trabalhista (CNPJ Sede e Filial; Certidões Municipal, Estadual e Federal; INSS; FGTS; Certidão Trabalhista, Declaração CADIN, Negativa de Falência, Negativa de Impedimento de Licitar / Contratar, Menores);

VII - Certidão Negativa - Improbidade CNJ (Acórdão n. 1.793/11 Plenário do TCU);

VIII - comprovação de que funciona no endereço por ela declarado;

IX - declaração que não está omissa no dever de prestar contas de parceria anteriormente celebrada;

X - declarações (sob pena de responsabilização): (a) de que não tem como dirigente as pessoas elencadas nos incisos III e VII do art. 39 da Lei nº 13.019/2014; (b) não teve suas contas rejeitadas pela Administração nos últimos cinco anos, salvo nas hipóteses de exceção do inc. IV do art. 39 da Lei nº 13.019/2014; (c) não tenha sido punida com as sanções do inciso V do art. 39 da Lei nº 13.019/2014, pelo tempo que durar a penalidade; (d) não tenha tido contas de parceria julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, em decisão irrecorrível, nos últimos 8 (oito) anos; (e) cumprimento dos requisitos para a celebração da parceria e de não incurso nas vedações legais (art. 33 e 34 da Lei nº 13.019/2014 e art. 6º, 7º e 11 da Lei Estadual nº 20.795/2020); (f) está em pleno regular funcionamento, cumprindo suas finalidades estatutárias; (g) possui escrituração de acordo com os princípios fundamentais de contabilidade e com as Normas Brasileiras de Contabilidade; (h) não possui em seu quadro de pessoal empregado(s) com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre (Art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal);

XI - declaração de que durante o período de vigência da parceria não pagará, a qualquer título, servidor ou empregado público com recursos vinculados à parceria, salvo nas hipóteses previstas em lei específica e na lei de diretrizes orçamentárias, e de que realizará as despesas relacionadas à execução da parceria em conformidade com a Lei nº 13.019/2014 e a Lei Estadual 20.795/2020;

XII - declaração de que se compromete a cumprir rigorosamente o Plano de Trabalho, mantendo durante todo o período da parceria as condições de habilitação e qualificação exigidas para participação e a íntegra idoneidade perante os órgãos das Administrações Públicas: Federal, Estadual e Municipal;

XIII - declaração que a **OSC** possui capacidade técnica, gerencial e idoneidade para execução do Plano de Trabalho e comprovação da existência em quadro permanente, de profissionais qualificados para execução e manutenção das ações previstas no projeto;

XIV - atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho de administração da **OSC**;

XV - plano de cargos, salários e benefícios dos empregados;

XVI - folhas mensais de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão durante o exercício, indicando no mínimo a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores, em formatos sintéticos e analíticos;

XVII - inventário físico dos bens com permissão de uso para as finalidades do contrato e termo de colaboração incluindo os adquiridos posteriormente pela **OSC**, utilizando-se de recursos públicos em formato sintético e analítico.

XVIII - relatório financeiro dos recursos repassados pela administração pública, dos rendimentos auferidos e suas destinações, elaborado pela **OSC**.

XIX - extrato bancário mensal da conta específica (corrente e aplicação), aberta em instituição financeira oficial, para movimentação financeira dos recursos do contrato de gestão acompanhado da respectiva conciliação bancária;

XX - notas fiscais/faturas e demais documentos que comprovem as despesas efetuadas, revestidos das formalidades legais, com a certificação do responsável pelo recebimento das mercadorias ou serviços prestados, contendo expressa menção no corpo dos documentos fiscais originais ao Termo de Colaboração e aditivos, se houver;

XXI - relação e cópia dos contratos e respectivos aditamentos firmados pela **OSC** com terceiros contendo: nome do contratado, CNPJ/CPF, objeto, vigência, valor e data de assinatura;

XXII - relatórios de custos, analíticos e sintéticos, e a descrição do sistema de custeio adotado;

XXIII - relatórios gerenciais e de atividades desenvolvidas no gerenciamento da entidade objeto do contrato de gestão, contemplando:

(a) indicadores estatísticos que permitam avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e do cumprimento das metas pactuadas, com esclarecimentos, se for o caso, sobre as causas que inviabilizaram o pleno cumprimento das metas estabelecidas; (b) relatório de execução de atividades contemplando especificamente a execução do objeto do termo de parceria; (c) as medidas implementadas com vistas ao saneamento de eventuais disfunções estruturais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance das metas fixadas;

XXIV - demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

XXV - relatório e parecer de auditoria externa, se for o caso.

XXVI - relatórios de execução do objeto e de execução financeira emitidos pela **OSC**.

7.10. A **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** consolidará os documentos apresentados pela **OSC**, relacionados no item 7.9, juntamente com o relatório técnico de monitoramento e avaliação e o parecer técnico na prestação de contas anual.

7.11. As prestações de contas serão avaliadas:

I - regulares, quando expressarem, de forma clara e objetiva, o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

II - regulares com ressalva, quando evidenciarem impropriedade ou qualquer outra falta de natureza formal que não resulte em dano ao erário;

III - irregulares, quando comprovada qualquer das seguintes circunstâncias: (a) omissão no dever de prestar contas; (b) descumprimento injustificado dos objetivos e metas estabelecidos; (c) dano ao erário decorrente de ato de gestão ilegítimo ou antieconômico; (d) desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.

8 . INFORMAÇÕES SOBRE O HOSPITAL

8.1. Identificação da Unidade

Nome: Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho;

CNES: 2535556;

Endereço: Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo, Jataí - GO, CEP 75.804-040;

Tipo de Estabelecimento: Hospital geral de médio porte;

Gestão e Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta feira, das 07h às 18h, sendo devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual;

Natureza: (X) Público () Filantrópico () Privado;

Serviço de Maternidade: (X) Sim () Não;

Habilitado em GAR (Gestação de Alto Risco): ()sim (X) Não;

Número de Leitos Geral: hoje 136 leitos ativos;

Serviço de Urgência e Emergência: Sim Tipo: (X) Porta Aberta (X) Referenciado;

Quais: UTI adulto, Partos e Procedimentos Cirúrgicos de Alto Risco;

Inserção nas Redes Temáticas de Saúde: (X)Sim () Não – Quais? Rede Cegonha, Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC, Rede de

Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência

Habilidades existentes: Serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, Hospital amigo da criança, Unidade de centro de parto normal intra-hospitalar tipo II 5 PPP, laqueadura, vasectomia, UTI II adulto.

8.2. Capacidade Instalada

8.2.1. Estrutura

8.2.2 O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho possui edificação térrea e dois andares superiores. A Unidade possui recepção ambulatorial, laboratório, ambulatório, setor de exames por imagem, centro de testagem e aconselhamento, unidade do hemocentro, maternidade, centro cirúrgico, centro de material e esterilização, farmácia, almoxarifado e serviços de apoio.

8.2.3 O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho possui 136 leitos destinados à internação de pacientes adultos e pediátricos, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Internação	Quantidade
UTI Adulto	20
Enfermaria Cirúrgica	45
Enfermaria Clínica	34
Enfermaria Obstétrica	11
Enfermaria Pediátrica	06
UCIN	02
Leito Dia	10
Leitos Saúde Mental	10
Observação	12
Salas Cirúrgicas	04
RPA (leitos)	04
Consultórios	10

8.2.4 A Unidade dispõe de salas específicas para o funcionamento do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) disponibilizando serviços de Imagenologia e Laboratorial (exemplo: radiologia, ultrassonografia, doppler vascular, tomografia, eletrocardiograma, análises clínicas) aos usuários atendidos em regime de urgência/emergência, internação e ambulatório do próprio hospital.

8.2.5 A distribuição física poderá ser adequada pela **OSC**, com anuência prévia do **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, considerando, sempre, a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.

8.2.2. Recursos Humanos

8.2.2.1. A **OSC** deverá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá 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.

8.2.2.2. A Unidade deverá possuir um Responsável Técnico (RT), Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe.

8.2.2.3. O médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

8.2.2.4. A equipe médica deverá ser disponibilizada em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 1634/2002 e alterações posteriores, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no Contrato.

8.2.2.5. A **OSC** deverá constituir na unidade sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à NR – 32/2005 do MTE e eventuais atualizações devendo proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados a essas comissões assessoras obrigatórias.

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

8.2.2.7. Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda as condições mínimas necessárias ao descanso dos servidores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão.

8.2.2.8 Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado disponibilizando a leitura e migração do banco de dados, bem como, fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes

do arquivo padrão solicitado.

8.2.2.9 Implementar protocolos e ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade .

8.2.2.10 Caso a unidade possua em seu Quadro servidores estatutários cedidos pela Secretaria de Estado da Saúde, será executado o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária destes servidores, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO.

8.2.2.11 Poderá ser deduzido o valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros quando da contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido Termo de Colaboração, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias.

8.2.2.12 Para efeito de compensação financeira, somente será admitida a contratação de substitutos para a mesma função ocupada pelo servidor afastado.

8.2.2.13 A dedução de que trata o item 8.2.2.11 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à contratação do colaborador substituto (salário e encargos legais), assumidos pelo **OSC** no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido.

8.2.2.14 A SES GO disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos.

8.2.2.15 Em nenhuma hipótese, a **OSC** poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou os servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento, e ainda, contratar servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver compatibilidade de horário

8.2.2.16 Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pela **OSC** tem resguardados 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 **OSC**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos.

8.2.2.17 A **OSC** deverá assegurar a execução das avaliações Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e de Desempenho Individual para concessão do Prêmio de Incentivo, aplicadas aos servidores públicos cedidos pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo ao disposto no Decreto estadual nº 10.055, de 25 de fevereiro de 2022 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente.

8.2.2.18 É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, 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, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da **OSC**, para quaisquer serviços relativos ao Termo de Colaboração.

8.2.2.19 A **OSC** 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.

8.2.2.20 A **OSC** deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 5 (cinco) 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.

8.2.2.21 Poderá a **OSC** atribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade cabendo a SES/GO o pagamento em Sistema de Gestão de Recursos Humanos – RHNet promovendo a dedução dos repasses mensais a **OSC**. (Despacho nº 137/2022 – GAB PGE).

8.2.2.22 A **OSC** responderá pelas 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 contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do Termo de Colaboração para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las a SES/GO.

8.2.2.23 A **OSC** deverá apresentar mensalmente a relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica conforme arquivos e prazos estipulados pela unidade de gestão e desenvolvimento de pessoas da SES/GO.

8.2.2.24 A **OSC** 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.

8.2.2.25 Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido, deverá a **OSC** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contatos do evento, àquele para providências cabíveis ao caso.

8.2.2.26 Deverá a **OSC** aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pela **OSC**, por meio de interface a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

8.3. Definição do Perfil da Unidade

8.3.1. A unidade está localizada no município polo da Região de Saúde Sudoeste II, prestando atendimento prioritariamente à Macrorregião Sudoeste e demais Macrorregiões.

8.3.2. A Unidade dispõe de assistência hospitalar, SADT, Raio x, tomografia, ultrassonografia, eletrocardiograma, doppler vascular. Mantém funcionamento do serviço de emergência 24 horas. Atendimento ambulatorial médico e não médico.

8.4. Definição dos Serviços

8.4.1. Linhas de Serviços

8.4.1.1. Para o funcionamento do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho serão consideradas as seguintes linhas de serviços, as quais possuem metas definidas (ver Anexo I).

- a) Internação: Saídas Clínicas, Saídas Cirúrgicas, Saídas Pediátricas, Saídas Obstétricas e Saídas Psiquiátricas.
- b) Cirurgias Eletivas: cirurgias eletivas (adulto e pediátrica) e cirurgias oftalmológicas.
- c) Pequenos procedimentos: vasectomia, cantoplastia, postectomia, exérese de pintas, lipoma, fistula arteriovenosa
- d) Atendimento Ambulatorial : Consultas médicas e não médicas na atenção especializada: consultas médica e não médica em ambulatório.
- e) Atendimento de Urgência/Emergência: Porta aberta e referenciada de entrada de Urgência e Emergência.
- f) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT): serviço para atendimento interno, não compõe a Linha de Serviços para efeito de metas, porém a **OSC** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada. Entretanto, o SADT externo compõe a meta.

8.4.2. Assistência Hospitalar

8.4.2.1. 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).

8.4.2.1.1. Será de inteira responsabilidade da **OSC**: o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescritos, mesmo aqueles que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP ou outra tabela que vier a substituí-la.

8.4.2.1.2. Observado o disposto no parágrafo anterior, na hipótese da **OSC** ser demandada judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam na tabela SUSSIGTAP, será regressivamente cobrado da **OSC** os valores correspondentes.

8.4.2.1.3. Fica assegurado à **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** o direito de descontar das faturas devidas à **OSC**, os valores correspondentes ao resarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia à **OSC**.

8.4.2.1.4. Quando a **OSC** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescritos, e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, a mesma deverá informar o fato à **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**.

8.4.2.2. A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento.

8.4.2.3. 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.

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

- a) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, incluindo os utilizados no Hospital Dia.
- b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde.
- c) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.
- d) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar, incluído médico diarista para cobertura horizontal em todas as áreas de internação da Unidade.
- e) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.
- f) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.
- g) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).
- h) Diárias na UTI Unidade de Terapia Intensiva, se necessário.
- i) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).
- j) Sangue e hemoderivados.
- k) Fornecimento de enxoval.
- l) Procedimentos especiais de alto custo para pacientes hospitalizados, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.
- m) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

8.4.5. Atendimento às Urgências Hospitalares

8.4.5.1. A Unidade Hospitalar deverá dispor de atendimento às urgências e emergências provenientes de demanda espontânea (porta aberta), bem como das referenciadas, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24h do dia, todos os dias do ano.

8.4.5.2. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco.

8.4.5.3. Sendo o hospital do tipo referenciado, o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for encaminhada conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

8.4.5.4. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde, priorizando a internação de pacientes que se enquadram nas especialidades médicas elencadas neste plano de trabalho.

8.4.5.5. Embora os atendimentos de urgência e emergência não possuem metas a serem cumpridas, a OSC deverá informar todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

8.4.5.6. 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 deverá ser registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar AIH).

8.4.5.7. Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar 02 (duas) horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.

Quadro 2 - Especialidades Médicas Iniciais ofertadas pelo Ambulatório do Hospital Estadual de Jataí

Especialidades Médicas Iniciais a serem oferecidas na Urgência e Emergência do Hospital Estadual de Jataí
Cirurgia Geral
Ortopedia e Traumatologia
Obstetrícia
Pediatria
Clínica Médica

8.4.6. Atendimento Ambulatorial

8.4.6.1. Consultas Médicas e Multiprofissionais na Atenção Especializada

8.4.6.2 O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas ao Complexo Regulador Estadual, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

8.4.6.2.1. As consultas ambulatoriais compreendem:

- a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;
- b) Interconsulta;
- c) Consultas subsequentes (retornos).

8.4.6.2.2. Entende-se por **primeira consulta**, a visita inicial do paciente encaminhado pelo Complexo Regulador Estadual ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

8.4.6.2.3. Entende-se por **primeira 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 referida.

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

8.4.6.2.5. Entende-se por **consulta subsequente**, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

8.4.6.2.6. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como **consultas subsequentes**.

8.4.6.2.7 Outros serviços ambulatoriais multiprofissionais contemplados na instituição incluem: Farmácia, Psicologia, Enfermagem e Serviço Social. No entanto, o setor de internação ainda deverá contar com suporte de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional.

8.4.6.2.8. 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 de Estado da Saúde.

8.4.6.2.9. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, nas especialidades descritas nos Quadro abaixo, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

Quadro 3 - Especialidades Médicas Iniciais ofertadas pelo Ambulatório do Hospital Estadual de Jataí

Especialidades Médicas Iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual de Jataí
Cirurgia Geral
Angiologia e Cirurgia Vascular
Ortopedia e Traumatologia
Cardiologia - Risco Cirúrgico

Ginecologia
Oftalmologia
Otorrinolaringologia adulto e pediátrica
Urologia
Infectologia (VVS)
Obstetrícia (retorno)
Pediatria (retorno)
Psiquiatria

Quadro 4 - Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual de Jataí

Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual de Jataí
Fisioterapia - egresso
Fonoterapia - egresso
Terapia Ocupacional - egresso
Enfermeiro - egresso
Nutricionista
Farmácia
Psicologia
Serviço Social

8.4.7. Cirurgias Ambulatoriais

8.4.7.1. Os pacientes poderão ser provenientes de demanda externa ao hospital bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital. Em ambos os casos, todas as cirurgias ambulatoriais devem ser regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

8.4.8. SADT Externo

8.4.8.1 O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, será disponibilizado aos pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde, e que possuem a prescrição para realizar o exame, devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

8.4.8.2 O Hospital Dia será disponibilizado aos pacientes que comparecem à Unidade apenas para recebimento de dose esquemática de medicação endovenosa e pequenos procedimentos cirúrgicos; pacientes clínicos e/ou cirúrgicos que necessitam de permanecer na Unidade por um período máximo de 12 horas, devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

8.4.8. Serviços de Apoio

8.4.8.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico, será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação na Unidade, SADT Interno, deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente.

8.4.8.2. 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.

8.4.8.3. Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornece refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND é proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes 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.

8.4.8.4. Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar, serviço 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.

8.4.8.5. 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.

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

09. Projetos Especiais e Novas Especialidades de Atendimento

9.1. Caso, ao longo da vigência do Convênio em comum acordo entre as partes, a **OSC** ou a **SES/GO**, 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 pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**.

9.2. 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.

10. Propostas de Melhorias e Investimentos

10.1. A **OSC** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços da Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO estabelecidas pela Portaria nº 2116/2021.

10.2. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para a **OSC** a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e/ou aquisição dos equipamentos necessários.

10.3. 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.

11. Conteúdos das informações a serem encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde

11.1. A **OSC** deverá encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada:

- a) Relatórios referentes aos indicadores de produtividade e desempenho (execução do objeto), em regime mensal;
- b) Relatórios contábeis e financeiros (execução financeira), em regime mensal;
- c) Relatório de Custos, em regime trimestral;
- d) Censo de origem dos pacientes atendidos;
- e) Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.
- f) Outras, a critério da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**.

11.2. 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, a **OSC** deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

12. Especificações Técnicas

12.1. A **OSC** deverá:

12.1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados.

12.1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando o sistema de tabulação TabWin/DATASUS, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

12.1.3. 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 platonistas do hospital. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas em horário padronizado, sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista).

12.1.4. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional.

12.1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia “Secretaria de Estado da Saúde de Goiás”, bem como, os logotipos do SUS e da Unidade.

12.1.5.1. É vedado às fundações de direito privado 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 Estado de Goiás.

12.1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando a qualquer momento para a Secretaria de Estado da 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 na Unidade observando as Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigentes.

12.1.7. Fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita, incluídos os que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP.

12.1.7.1 Sempre que a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** for demandada judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses, incluídos os que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados da **OSC**, por meio de dedução nos valores de custeio do Termo de Colaboração repassados pelo **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**.

12.1.7.2. Fica assegurado à **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** o direito de descontar das faturas devidas à **OSC**, os valores correspondentes ao resarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo.

12.1.7.3 Quando a **OSC** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato à **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**.

12.1.8. Em nenhuma hipótese, cobrar direta ou indiretamente do paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada.

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

12.1.10. Consolidar a imagem do HOSPITAL 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.

12.1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar à Secretaria de Estado da Saúde, o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC nº 02, de 25 de janeiro de 2010 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médicos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal da SES ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe for permitido.

12.1.11.1. As atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde deverão estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas. Essas 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.

12.1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Convênio, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente Termo, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de uso.

12.1.13. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, registro civil e endereço completo da residência do usuário, bem como nome completo da mãe, por razões de planejamento das atividades assistenciais.

12.1.14. Em relação aos direitos dos usuários, a OSC obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei;

b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

c) 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 da unidade;

d) 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 Termo. e) Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

f) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

g) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo à vida ou obrigação legal.

h) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;

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

j) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos;

k) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários;

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

- Nome do usuário.
- Data de nascimento do usuário.
- Nome da mãe.
- Nome do Hospital.
- Localização do Hospital (endereço, município, estado).
- Motivo da internação (CID10).
- Data de admissão e data da alta hospitalar.
- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
- Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.
- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".

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

n) Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

o) Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

12.1.15. Incentivar o uso seguro de medicamentos em atendimento ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, por meio de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde.

12.1.16. Assegurar a implantação e/ou manutenção da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde com a garantia do pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade.

12.1.17. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, bem como em conformidade com a legislação estadual correlata.

12.1.18. Realizar, quadrimensalmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia Net Promoter

Score (NPS), com envio de seus resultados a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

12.1.19. 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 úteis.

12.1.20. Informar a taxa de absenteísmo mensal dos funcionários e colaboradores da Unidade Hospitalar.

12.1.21. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

12.1.22. 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 de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos.

12.1.23. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

12.1.24. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação, compartilhando esta informação em regime semanal com a Central de Regulação Estadual e incluindo essa informação nos relatórios gerenciais do hospital.

12.1.25. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação (NIR), que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes.

12.1.26. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas e Comitês:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- Comitê de investigação do óbito materno e infantil;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comitê de Compliance.

12.1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

12.1.28. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo controle e acompanhamento da infraestrutura de saúde que atenda às disposições da RDC nº 02/2010 da ANVISA, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943.

12.1.29. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, a **OSC** deverá manter durante a vigência desta Parceria um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o ambulatório à Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como à NBR 15943:2011 e as demais resoluções.

12.1.30. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, a **OSC** deverá manter o inventário técnico atualizado dos equipamentos médicos, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa quando forem necessárias essas informações. A **OSC** deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário e o registro dos referidos equipamentos devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade da **OSC**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos.

12.1.31. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, **OSC** deverá encaminhar relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

12.1.32. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, a **OSC** 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 Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025.

12.1.33. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida.

12.1.34. A **OSC** deverá 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.

12.1.35. A **OSC** será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, tomografia computadorizada e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações da Sociedade Civil, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

12.1.36. A **OSC** 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.

12.1.37. A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe.

12.1.38. Para a execução dos serviços de imagem, o mesmo deverá ser definido por meio de rotinas administrativas de funcionamento, protocolos de diagnóstico atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico pela atividade, devendo abordar todos os processos envolvidos no diagnóstico, que contemplem os aspectos organizacionais, operacionais e técnicos.

12.1.39. A **OSC** adotará ou permitirá a adoção de sistema eletrônico, com as informações completas dos exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento, ou assinadas digitalmente, em conformidade com a legislação vigente. Os laudos deverão estar devidamente armazenados com backup e transferidos on line para a Unidade Solicitante devendo, para tanto, serem assegurados todos os meios necessários quanto à rede de informática, sistemas e programas, com o encaminhamento dos relatórios para a SES/GO.

12.1.40. A **OSC** compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de radiologia.

12.1.41. A **OSC** compromete-se a ter um sistema que permita que tanto os exames de imagem como os respectivos laudos sejam enviados ao sistema de Pacs e Ris da SES/GO. Posteriormente, a Superintendência de Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade (SUTIS) detalhará os procedimentos para contemplar que os laudos terão que ser integrados com o sistema de gestão hospitalar e as imagens serão acessadas através de link, pois ficarão hospedadas na SES/GO, ao que será informado previamente.

12.1.42. A **OSC** deverá atender às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**.

12.1.43. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade Hospitalar deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

- 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.
- 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.
- Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- 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.
- Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- PT 1.631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.
- PT MS/GM Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, 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, consolidada na PT MS/GM Nº 4, de 28 de setembro de 2017.

- PT GM/MS Nº 2.616, de 12 de maio de 1998, estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares.
- PT SAS/MS Nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, estabelece critérios para a classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo.
- PT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.
- PT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- PT MS/SAS Nº 202, de 19 de junho de 2001, estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do SUS.
- PT MS/SAS Nº 793, de 24 de abril de 2012, institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.
- PT Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia.
- PT Nº 1.377, de 09 de julho de 2013, aprova os protocolos de segurança a paciente (cirurgia segura, higiene das mãos, úlcera por pressão).
- PT Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, aprova os protocolos básicos de segurança do paciente (prevenção de quedas, identificação, segurança de prescrição, uso e administração de medicamentos – NT 01/2015 e NT 02/2015).
- PT Nº 529/MS, de 01/04/13, e RDC nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Núcleo de Segurança do Paciente.
- RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- RDC 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.
- RDC 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).
- Resolução do COFEN nº 358/2009 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.
- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- 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.
- RDC Nº 34, de 11 de junho de 2014, da ANVISA, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.
- RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- RDC 222/2018, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.
- Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.
- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.
- Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e conforme as diretrizes do SUS.
- Resolução Nº 36, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.
- Portaria nº 1046/2019 – SES/GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5,adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade.

ANEXO I

II. METAS DE PRODUÇÃO

8. Regra Geral

8.1 São apresentados os indicadores e as metas de produção contratualizados com o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, referentes aos serviços assistenciais, conforme monitoramento e necessidade esses indicadores e metas podem ser alterados a cada 03 (três) meses.

8.2. A **FUNDAÇÃO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho.

8.3. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). Todavia, nada obsta que o **FUNDAÇÃO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

8.4. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte assistencial, os seguintes critérios:

8.4.1. Internações Hospitalares

- a) saídas da clínica médica;
- b) saídas da clínica cirúrgica;
- c) Saídas Pediátrica;
- d) Saídas Obstétricas;
- e) Saídas Psiquiátricas.

8.4.2. Cirurgias Programadas: cirurgias gerais (adulto e pediátrico) e cirurgias oftalmológicas.

8.4.3. Pequenos procedimentos: vasectomia, cantoplastia, postectomia, exérese de nevus, lipoma, fistula arteriovenosa

8.4.4. Consultas Ambulatoriais

- a) consulta médica na atenção especializada
- b) consulta multiprofissional na atenção especializada

8.4.5. SADT Externo - Servido de Apoio Diagnóstico e Terapêutico ofertado à Rede Assistencial.

8.4.6. Hospital Dia

8.5. Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da **OSC**, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente. A **OSC** deverá atender todos os casos de urgência/emergência de demanda espontânea, regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

8.6. Os atendimentos do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem meta do referido contrato, porém a **OSC** deverá informar mensalmente a produção realizada.

8.7. Determinantes da parte assistencial

8.7.1. Internações Hospitalares

8.7.2. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente 704 saídas hospitalares, sendo 195 saídas de Clínica Médica, 363 saídas cirúrgicas, 34 Saídas Pediátricas, 103 Saídas Obstétricas, com variação de $\pm 10\%$, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 5 - Metas de saídas hospitalares para o HEJ

Internação (saídas hospitalares)	Meta Mensal
Saídas Clínicas	195
Saídas Cirúrgicas	363
Saídas Pediátricas	34
Saídas Clínicas Obstétricas	41
Saídas Cirúrgicas Obstétricas	72
Saídas Psiquiátricas	9

Obs.: Para o cálculo das saídas, considerou-se a capacidade de leitos operacionais instalados, a taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85%

e para enfermarias; e os tempos médios de permanência (TMP) para saídas clínica TMP de 4,5 dias, para as saídas cirúrgicas de 3,2 dias, saídas pediátricas TMP de 4,5 dias, saídas obstétricas TMP de 2,5 dias e saídas psiquiátricas de 30 dias

8.7.2.1. As saídas cirúrgicas contemplam as cirurgias de urgência/emergência e cirurgias programadas.

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

8.7.3. Cirurgias Programadas

8.7.3.1. A **OSC** deverá realizar cirurgias ambulatoriais conforme perfil dos pacientes atendidos pela Unidade, com variação de até $\pm 10\%$. Os pacientes poderão ser encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual, bem como ter a necessidade do procedimento detectada durante o acompanhamento dos pacientes atendidos pelo hospital.

8.7.3.2. A **OSC** deverá informar os procedimentos realizados mensalmente.

8.7.3.3 A Unidade Hospitalar deverá realizar cirurgias programadas encaminhadas pelo Complexo Regulador Estadual, com variação de $\pm 10\%$. Contudo, não deverá recusar pacientes encaminhados para atendimentos cirúrgicos de urgência e emergência, de acordo com os critérios da regionalização e seu papel na rede de saúde. Ou seja, o hospital deve realizar TODAS as cirurgias de urgência e emergência que lhe sejam referenciadas.

Quadro 6 - Metas de cirurgias programadas para o HEJ

Cirurgias Programadas	Meta Mensal
Saídas programadas adulto	97
Saídas programadas pediátrica	13

Obs.: Para o cálculo das cirurgias programadas, considerou-se a capacidade de produção do centro cirúrgico, o tempo médio de cirurgia da Unidade Hospitalar e o número de leitos destinados para as saídas cirúrgicas programadas.

8.7.4. Consultas Ambulatoriais

8.7.4.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar produção mensal de consultas médicas e consultas multiprofissionais, com variação de até $\pm 10\%$.

Quadro 7 - Metas de atendimentos ambulatoriais para o HEJ

Ambulatório	Meta Mensal
Consultas Médicas	1.200
Consultas multiprofissional	800

8.7.4.2. As consultas de triagem para classificação de risco no Pronto Socorro não deverão ser contabilizadas como consultas ambulatoriais. O Atendimento Ambulatorial deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7h às 18h, no mínimo, atendendo usuários egressos do próprio Hospital e vítimas de Violência Sexual.

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

8.7.4.4. 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.

8.7.5. SADT Externo

8.7.5.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames eletrocardiograma, Raio- x, tomografia e ultrassonografia/ Doppler a pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

8.7.5.2 A Unidade Hospitalar deverá ofertar e realizar mensalmente 300 de eletrocardiograma, 300 Raio- x, 200 tomografia, 100 Ultrassonografia convencional, 40 Ultrassonografia Doppler, 80 endoscopias e 400 análises clínicas para pacientes externos, com variação de até $\pm 10\%$, sendo os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

Quadro 8 - Metas de exames para o SADT Externo do HEJ

Exame	Meta mensal	Meta após 3 meses
Endoscopia Digestiva Alta	-----	80
Eletrocardiograma	300	300
Raio x	300	300
Tomografia	200	200
US convencional	100	100
US Doppler	40	40
Análise clínica	400	400

8.7.5.3. O serviço de imanogenologia do HEJ atenderá a demanda interna, ou seja, os usuários do próprio hospital; e a demanda externa, quais sejam os usuários encaminhados para a unidade tão somente para a realização do exame de apoio.

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

8.7.5.5. Não será estabelecida meta de produção de exames externos para todos os tipos de exames. Porém toda a produção deverá ser informada mensalmente à SES, separadamente, para efeito de monitoramento dos encaminhamentos solicitados e o que foi executado pelo hospital.

8.7.5.6. Em situações de imprevistos, em que os aparelhos instalados em determinada unidade apresentem falha operacional sem previsão de conserto, os encaminhamentos externos poderão ser referenciados para outra Unidade da Rede, cuja produção será acompanhada pela Superintendência de Atenção Integral à Saúde, Superintendência do Complexo Regulador em Saúde do Estado e Superintendência de Performance, podendo, quando em excedente, gerar o repasse de custeio a título de resarcimento, desde que **previamente** autorizado pelo Gestor da Pasta e devidamente comprovada a produção.

8.7.6 Hospital Dia

8.7.6.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar 440 atendimentos no Hospital Dia por mês, com variação de até $\pm 10\%$. O número total de atendimentos contempla os pequenos procedimentos (vasectomia, cantoplastia, postectomia, exérese de nevus, lipoma, fistula arteriovenosa) e

atendimentos oftalmológicos.

8.7.6.2. Durante o tempo de permanência na Unidade, ao paciente deverá ser assegurado condições para sua permanência, conforme preconizado em legislação vigente.

Quadro 9 - Metas de atendimentos para o Hospital Dia do HEJ

Hospital Dia	Meta mensal
Atendimentos oftalmológicos	258
Pequenos procedimentos	182

Obs.: Para o cálculo das saídas, considerou-se a capacidade de leito dia instalados x número de atendimentos/dia x 22 dias funcionamento da Unidade. Do número total de saídas, 41% destinados à pequenos procedimentos e 59% à procedimentos oftalmológicos.

8.7.7. Atendimentos às urgências

4.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente média de 6000 atendimentos de urgência/emergência na atenção especializada.

Urgência/Emergência	Média mensal
Atendimento de Urgência da Atenção especializada	6.000

9.1. A **OSC** 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 todos usuários de demanda espontânea, referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar.

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

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

9.3.1. Entende-se por SADT Interno os serviços dispensados aos pacientes que estão em acompanhamento no hospital, incluindo os atendidos no Pronto Socorro.

9.4. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SES/GO para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

III - INDICADORES DE DESEMPENHO

10. O **OSC** 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 desempenho dos processos da gestão da Unidade.

10.1. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela SES/GO, até o dia 10 (dez) do mês subsequente.

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

Quadro 10 - Síntese de Metas de Desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %
Média de Permanência Hospitalar (dias)	≤ 5
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 22
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤ 20%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 3%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%
Percentual de partos cesáreos	≤ 15%
Taxa de Aplicação da Classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea	100%

10.2.1. 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

10.2.2. Média de Permanência Hospitalar (dia)

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 complicações 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]

10.2.3. 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.

Fórmula: [(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]

10.2.4. 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

10.2.5. 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

10.2.6. 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

Observação: o indicador será usado apenas como monitoramento, e não computará para efeito de desconto financeiro, haja vista, que o mesmo não está sob do parceiro privado.

10.2.7. 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 relacionadas 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.

10.2.8. 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

10.2.9 Razão do quantitativo de consultas ofertadas

Conceituação: Nº de consultas Ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período

(mês).

Fórmula: Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade.

10.2.10 Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.

Conceituação: Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 10 dias (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.

10.2.11 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.

10.2.12 Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)

Conceituação: monitora e avalia reações adversas a medicamentos (RAM) seja ela leve, moderada ou grave pelo farmacêutico. Considera-se ideal a notificação e classificação de RAMs quanto à sua gravidade, seguidas do seu monitoramento. Este indicador deverá considerar todas as reações adversas a medicamentos, independente do local da ocorrência.

Fórmula: [Nº de pacientes com RAM avaliada quanto à gravidade/ Nº total de pacientes com RAM] x 100

10.2.13. Percentual de partos cesáreos

Conceituação: mede o percentual de cirurgias cesáreas realizadas em relação ao número total de partos.

Fórmula: [Nº de cesáreas realizadas / Total de partos realizados] x 100 - mensal

** Informar a Taxa de Cesariana para efeito de monitoramento e acompanhamento.

10.2.13. Taxa de Aplicação da Classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea

Conceituação: é instrumento para identificação de grupos de mulheres clinicamente relevantes nos quais haja diferenças nas taxas de cesárea, permitindo comparações em uma mesma instituição ao longo do tempo ou entre diferentes instituições. Quando se aplica a classificação, otimiza o uso das cesáreas ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos que sejam particularmente relevantes em cada local. Avalia a efetividade de estratégias ou intervenções criadas para otimizar o uso de cesárea. Avalia a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupo. Avalia a qualidade dos dados colhidos.

Fórmula: [Nº de parturientes submetidas a cesárea classificadas pela Classificação de Robson no mês /Total de parturientes submetidas a cesárea no mês x 100]

ANEXO II

ENSINO E PESQUISA

2.1. 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).

2.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

2.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, a **OSC** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatorias 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.

2.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, a **OSC** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatorias, conforme disposto no artigo anterior.

2.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pela **OSC**, 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.

2.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio, mediante ações desenvolvidas

pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

2.7. A **OSC** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnológicos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

2.8 A **OSC** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, 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.

2.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) 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 SES-GO em parceria com a OSC.

2.10. A **OSC** 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 SESG.

2.11. A **OSC** 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 SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

2.12. 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 a **OSC**.

2.13. A seleção de preceptores e tutores deverá 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.

2.14. A **OSC** 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.

2.15. A **OSC** 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.

2.16. 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.

2.17. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

2.18. Cabe à **OSC** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normas legais disciplinares.

2.19. Caso a **OSC** 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.

2.20. A **OSC** deverá encaminhar as informações solicitadas pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** referentes aos Programas de Residência Média e Multiprofissional, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), impreterivelmente, até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao que está sob análise, conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modifíc-la ou substituí-la.

3. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

3.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais ou Organização da Sociedade Civil, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

3.2. O Termo de Colaboração que regulamenta o ajuste entre a **OSC**, respectivamente e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

3.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a **OSC**.

3.4. A **OSC** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

3.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.

3.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.

3.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e a **OSC**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

3.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

3.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado (pelo Centro de Seleção da UFG) e acompanhado pela SESG por

meio da assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

3.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014.

3.11. O profissional contratado pelo regime celetista para o exercício da função de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus à gratificação conforme descrito no item 3.10, em razão da equidade.

3.12. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO, atualmente, tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em portaria interministerial (MEC/MS).

3.13. A **OSC** deverá assegurar, obrigatoriamente, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU.

3.14. Novos programas de residência serão vinculados à Secretaria de Estado da Saúde. As implantações ocorrerão em parceria com a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, por meio de suas Comissões e Coordenações, contemplando a elaboração conjunta do Projeto Pedagógico.

3.14.1. Os supervisores dos novos programas serão de responsabilidade da **OSC**.

4. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

4.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **OSC** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

4.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

4.3. A **OSC** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

4.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

4.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).

4.6. Quando cabível, competirá à **OSC**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

4.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

4.7.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: <http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrices-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm>

4.8. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

4.9. A **OSC** deverá manter, no mínimo, os Programas de Residência Médica listados nos Quadros 01 e 02, bem como o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

Quadro 01 - Demonstrativo dos Programas de Residência Médica do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho para 2022

Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho	Coordenador	Nº de Supervisores	Nº de Preceptor	Nº de Residentes	Bolsa SES/ GO
Clínica Médica		1	3	4	4
Medicina de Família e Comunidade	1	1	2	2	2
Medicina Intensiva		1	2	2	2
TOTAL		1	3	07	08

Quadro 02 - Demonstrativo dos Programas de Residência Médica do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho para 2023

Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho	Coordenador	Nº de Supervisores	Nº de Preceptor	Nº de Residentes	Bolsa SES/ GO
Clínica Médica		1	6	8	8
Medicina de Família e Comunidade	1	1	3	4	4
Medicina Intensiva		1	3	4	4
TOTAL		1	3	12	16

4.10. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

5. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

5.1. A Instituição sob gerenciamento da **OSC** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

5.2. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

5.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS/SES-GO).

5.4. A **OSC** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

5.5. A **OSC** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

5.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

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

5.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde.

5.9. O tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS.

5.10. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar.

5.10.1 Preceptor Colaborador: servidor ativo vinculado à Unidade Assistencial, excepcionalmente designado para atuar como colaborador, por necessidade de desenvolvimento do PRAPS, mediante justificativa fundamentada do Coordenador do programa, com base no Projeto Pedagógico do PRAPS e acatado, em conjunto, pela COREMU/SESG, de modo a garantir o acompanhamento das atividades dos Profissionais da Saúde Residentes em cenários de ensino e aprendizagem. Deverá ter titulação mínima de especialista e ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar. O Preceptor Colaborador não será remunerado pelo exercício da função.

5.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.

5.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção ou indicação entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

5.13. A seleção ou indicação de Preceptores e Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

5.14. A seleção de preceptores e tutores deverá 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.

5.15. Nos PRAPS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

5.16. A **OSC** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES/GO.

5.17. Os preceptores do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deverão, **obrigatoriamente**, ser da mesma área dos residentes sob sua orientação e supervisão e atuarão de forma direta, isto é, estando presente continuamente no cenário de prática, em concordância com o parágrafo 1º do artigo 13 da Resolução CNRMS/MEC nº 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.

5.18. O estabelecimento de saúde poderá receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.

5.18.1. Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.

5.19. A **OSC** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

5.20. As COREMUS deverão avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEII), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

5.21. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

6. DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO.

6.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico ou não haja o preenchimento das vagas estimadas pelo Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor referente à bolsa e despesa de custeio do Residente será glosado imediatamente.

6.3. Ocorrendo a situação descrita no item 6.2, caberá à SESG informar o desligamento ou o não preenchimento das vagas, bem como o valor a ser descontado pela área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento do respectivo Termo de Colaboração, para que seja realizado o devido desconto financeiro.

6.4. No âmbito das Residências Médicas da SES-GO, há bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela SES-GO. Atualmente, 08 (oito) bolsas são financiadas pela SES-GO (Quadro 04). Todas as bolsas das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde atualmente são custeadas pelo MS.

6.5 Na medida em que o Programa de Residência avançar, o valor anual a ser repassado sofrerá alteração, conforme os Quadros 03 e 04, e em concordância com o Processo Seletivo e matrícula dos respectivos residentes.

Quadro 03 - Demonstrativo de custeio mensal com os Programas de Residências Médicas no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho 2022

Discriminação da despesa	Número	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Custo com bolsas Residência Médica (R\$ 4.106,09) + contribuição patronal*	08	4.927,31	39.418,48
Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor da COREME**	11	474,78	5.222,58
Despesa de custeio diverso por Residente Médico***	08	730,00	5.840,00
Total Geral	--	---	50.481,06

Quadro 04 - Demonstrativo de custeio mensal com os Programas de Residências Médicas no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho 2023

Discriminação da despesa	Número	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Custo com bolsas Residência Médica (R\$ 4.106,09) + contribuição patronal*	16	4.927,31	78.836,96
Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor da COREME**	16	474,78	7.596,48
Despesa de custeio diverso por Residente Médico***	16	730,00	11.680,00
Total Geral	--	---	98.113,44

Observações:

* Valor baseado na Portaria Interministerial nº 09, de 13 de outubro de 2021 (Custo da Bolsa Residente da SES-GO é igual ao valor pago pelo Ministério da Saúde) acrescido da contribuição patronal de 20%.

** Gratificação de 15% sobre o vencimento básico do profissional Analista Médico e Analista Técnico de Saúde na função de Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor, conforme Lei 18.464/2014.

***As despesas de custeio diverso para o residente e para os PRAPS e PRM são para aspectos relacionados exclusivamente aos Programas de Residências, tais como: aquisição de uniforme, bibliografia, material de expediente, assinatura de periódico, eventos científicos, impressora, computadores, Tablets, Datashow, material de uso individual para o residente não disponibilizados pela unidade hospitalar (exemplo: estetoscópio, oxímetro, otoscópio, lanterna) e Insumos para desenvolvimento de pesquisa (exemplo: válvula de fala, cânula de traqueostomia especial, manequins para aulas práticas) entre outros.

6.6. Compete à **OSC**, por meio do Departamento de Ensino e Pesquisa, vincular os residentes da unidade, primeiramente, às bolsas custeadas pelo Ministério da Saúde.

6.7. A **OSC** deverá se submeter aos Editais de concessão de Bolsa para os Programas de Residência (Médica e Multiprofissional) sempre que os mesmos estiverem disponíveis.

6.8. A estimativa do valor das bolsas da Residência custeadas pela SES-GO é apresentada em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. No entanto, considerando o repasse do valor da bolsa diretamente ao residente, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento do respectivo Termo de Colaboração, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

6.9. O quantitativo de bolsas custeadas pela SES-GO e o seu respectivo valor poderão ser alterados, a qualquer tempo, de acordo com a legislação e a metodologia de custeio usada pela SESG.

6.10. Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, inclusos no custeio mensal da unidade hospitalar.

6.11. Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso, a SESG, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, poderá indicar e solicitar o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

7. ESTÁGIOS CURRICULARES

7.1. 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.

7.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020 e Portaria nº 225/2021 – SES/GO, de 09 de março de 2021, ou outras que venham substituí-las.

7.3. A **OSC** 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 SES/GO, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.

7.4 A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada **exclusivamente** pela SESG.

7.5. A **OSC** deverá encaminhar as informações solicitadas pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** referentes aos Programas de Estágios, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), impreterivelmente, até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao que está sob análise, conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

8. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

8.1. A **OSC** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela SESG.

8.2. A **OSC** encaminhará o PAC à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Termo de Colaboração ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

8.3 A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, **semestralmente**, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.

8.3.1 Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, **trimestralmente**.

8.4. A **OSC** deverá encaminhar as informações solicitadas pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** referentes ao Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar, via Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), conforme diretrizes da Portaria nº 342, de 24 de fevereiro de 2022 ou outra que venha a modificá-la ou substituí-la.

ANEXO III - ESTIMATIVA DE CUSTEIO

Para a presente estimativa de custeio, foi considerado o disposto na Nota Técnica 88 (v. 000034231526) que apresentou o que se segue:

METODOLOGIA

Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de relatórios contábeis e 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), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foi disponibilizada base de cálculo pela Consultora Planisa, sendo consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

a) Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante e certificação de qualidade;

b) Tomar conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial;

c) Seleção de hospitais (N) na base de dados da Planisa (sistema KPIH) com perfis semelhantes a Unidade.

Para o cálculo referente à presente Nota Técnica, utilizamos percentis fornecidos pela consultoria Planisa, extraídos do benchmark do sistema *Key Performance Indicators for Health* (KPIH), com referência de 2021, dos Hospitais Gerais geridos por Organizações Sociais de Saúde em São Paulo, conforme comumente utilizados em especificações de unidades geridas por Organizações Sociais por esta Pasta.

ESTIMATIVA DE CUSTEIO

1. LINHA DE CONTRATAÇÃO

A estimativa de custos operacionais do **Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho, localizado em Jataí-GO**, foi segmentada conforme linhas de contratação estabelecidas no Plano de Trabalho SES/GERAT (v. 000034084279), baseada na série histórica da unidade e na capacidade instalada atualmente existente.

Os cálculos foram realizados conforme a projeção e a possibilidade das Internações Hospitalares, as quais, contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico, conforme gravidade do paciente.

Os Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT interno) são inerentes ao funcionamento do hospital, e por esse motivo, foram inseridos no cálculo do custeio operacional, embora não contem como linha independente de contratação. Os mesmos foram elencados conforme série histórica de análises prévias.

Ante a peculiaridade da Instituição, que carecerá de adequações para a referida implementação, e em razão da possível capacidade operacional a ser instalada para uso, optou-se por estabelecer o custeio para um série de atendimentos estimados, os quais serão continuamente reavaliados por equipe técnica da SES/GO, conforme a demanda que se apresentar.

2. MÉTODO DE CÁLCULO

2.1) Percentis (25, 50 e 75)

O custeio de cada linha foi calculado com o Percentil 25 (P25), Percentil 50 (P50) e Percentil 75 (P75). O P25 refere-se à posição 25% dos custos unitários; enquanto que o P50 refere à mediana de custo unitário; e o P75 faz referência à posição 75% dos custos unitários, considerando a disposição em ordem crescente dos custos unitários de cada serviço.

Como informado anteriormente, tais percentis foram fornecidos pela Consultoria Planisa, a partir do benchmark do sistema *Key Performance Indicators for Health* (KPIH), sendo levantada a composição base de valores referentes a Hospitais Gerais no ano de 2021 no Estado de São Paulo, pela falta de dados referentes a esse tipo de serviço dentro do Estado de Goiás.

Assim, o custo mensal estimado foi obtido multiplicando a quantidade estimada de produção, pelo seu custo unitário a P25, P50 e P75 provenientes de base externa.

2.2) Memória de cálculo

Partindo-se do princípio de que esta Pasta utiliza, para o custeio dos Serviços Hospitalares, a Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH de 85% (oitenta e cinco por cento) para as unidades de internação não crítica - UIs, de 90% (noventa por cento) para as Unidades de Terapia Intensiva - UTIs, bem como a média de dias de 30,4 (365 dias/12 meses), temos:

2.2.1.) SERVIÇOS HOSPITALARES

2.2.1.a.) Unidades de Internação Não Críticas

O critério utilizado para seu custeio é o paciente-dia, onde o mesmo é encontrado multiplicando-se o quantitativo de leitos com a Taxa de Ocupação Hospitalar de 85% (oitenta e cinco por cento) e a quantidade de 30,4 dias no mês, conforme tabela abaixo:

Serviço Hospitalar	Nº de leitos	TOH	Qtd dias no mês	PACIENTE-DIA
UI - Clínica Médica	34	85%	30,4	879
UI - Clínica Cirúrgica	45	85%	30,4	1.163
UI - Psiquiatria	10	85%	30,4	258
UI - Pediatria	06	85%	30,4	155
UI - Clínica Obstétrica	11	85%	30,4	284
UI - Cuidados Intermediários Neonatal	02	85%	30,4	52
UI - PS Observação Adulto	12	85%	30,4	310

2.2.1.b.) Unidades de Internação Críticas

O critério utilizado para seu custeio é o paciente-dia, onde o mesmo é encontrado multiplicando-se o quantitativo de leitos com a Taxa de Ocupação Hospitalar de 90% (noventa porcento) e a quantidade de 30,4 dias no mês, conforme especificação na tabela abaixo:

Serviço Hospitalar	Nº de leitos	TOH	Qtd dias no mês	PACIENTE-DIA
UTI Adulto	20	90%	30,4	547

2.2.2.) **CENTRO CIRÚRGICO**

2.2.2.a.) Centro Cirúrgico e Centro Cirúrgico Ambulatorial (Oftalmológico)

O critério utilizado para custeio das **Cirurgias** é a hora cirúrgica, que foi obtida pela multiplicação de duas variáveis (número de saídas cirúrgicas x tempo médio operatório). Comumente, o Tempo Médio Operatório utilizado por esta Pasta é de 2,4 horas para as cirurgias que serão realizadas conforme o perfil da unidade e de 01 hora para as oftalmológicas. Assim, conforme Plano de Trabalho SES/GERAT (v. 000034084279), temos:

Serviço	Nº de saídas cirúrgicas	Tempo médio operatório	Total de horas/mês
Centro Cirúrgico	363	2,4	871,2
Centro Cirúrgico Ambulatorial (Oftalmológico)	258	1,0	258

2.2.2.b.) Partos

O critério utilizado para custeio das **Partos** é o próprio quantitativo do procedimento que, no caso, foi estabelecido em 72 (setenta e duas) saídas cirúrgicas obstétricas.

2.2.3.) **SERVIÇOS AMBULATORIAIS**

Para este item, os dados foram diretamente fornecidos, portanto temos:

Serviço	Consultas
PS / PA Adulto	6.000
Ambulatório Médico	1.200
Ambulatório Não Médico (Multiprofissional)	800
Hospital Dia*	440

O Hospital Dia refere-se aos 440 procedimentos conforme quadro "Metas de atendimentos para o Hospital Dia do HEJ", que estabelece 258 atendimentos oftalmológicos e 182 pequenos procedimentos.

2.2.4.) **SADT**

2.2.4.a.) SADT Interno

Para os serviços de SADT Interno, foram considerados os mesmos ofertados pelo Hospital Estadual da Região Sudoeste - HERSO, devido à similaridade, bem como o histórico de precificação. Para os quantitativos especificados, consideramos a média de produção da própria unidade e do HERSO, relativo ao período de janeiro de 2022 a junho de 2022. Assim, temos:

Procedimento	Quantidade levantada
Análises Clínicas	19.055
Anatomia Patológica	48
Ecocardiografia	29
Eletrocardiografia	61
Raios X	1329
Tomografia	1612
Ultrassonografia	172
Fisioterapia	3154
Fonoaudiologia	1038
Hemodiálise	36
Psicologia	2417
Terapia Ocupacional	649

Fonte: KPIH

2.2.4.b.) SADT Externo

Para o SADT Externo, o Plano de Trabalho apresentou os dados diretos, motivo pelo qual os reparamos abaixo com a nomenclatura fornecida pela Planisa:

Serviço	3 primeiros meses	do 4º mês em diante
Análises Clínicas	400	400
Eletrocardiografia	300	300
Endoscopia	-	80
Raios X	300	300
Tomografia	200	200
Ultrassonografia (convencional/doppler)	140	140

3. VALOR MENSAL ESTIMADO

Considerando se tratar de uma parceria de gestão hospitalar e mantendo o percentil já praticado para esta unidade, esta Gerência recomenda a utilização do **Percentil 50** para a presente precificação.

3.1. Do 1º ao 3º mês

Assim, considerando a metodologia utilizada e os cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o custeio mensal estimado para a operacionalização da unidade hospitalar do primeiro ao terceiro mês é de **R\$ 9.499.864,28** (nove milhões, quatrocentos e noventa e nove mil oitocentos e sessenta e quatro reais e vinte e oito centavos) no Percentil 50, perfazendo um total de **R\$ 28.499.592,84** (vinte e oito milhões, quatrocentos e noventa e nove mil quinhentos e noventa e dois reais e oitenta e quatro centavos), relativamente aos três meses, conforme planilha que se segue:

Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho – Jataí/GO – CNES 2535556								
Descrição	Critério	Qtd	P25 unitário	P50 unitário	P75 unitário	P25	P50	P75
1. Serviços hospitalares (c/HM e c/ Mat-Med)								
1.1. UI – Clínica Médica	Paciente-dia	879	712,00	849,40	937,70	625.848,00	746.622,60	824.238,30
1.2. UI – Clínica Cirúrgica	Paciente-dia	1163	684,70	767,00	1.042,40	796.306,10	892.021,00	1.212.311,20
1.3. UI – Psiquiatria	Paciente-dia	258	749,20	926,30	1.120,30	193.293,60	238.985,40	289.037,40
1.4. UI – Pediatria	Paciente-dia	155	1.030,20	1.423,70	1.679,70	159.681,00	220.673,50	260.353,50
1.5. UI – Clínica Obstétrica	Paciente-dia	284	604,30	754,00	882,70	171.621,20	214.136,00	250.686,80
1.6. UI – Cuidados Intermediários Neonatal	Paciente-dia	52	646,10	741,90	1.298,20	33.597,20	38.578,80	67.506,40
1.7. UI – PS Observação Adulto	Paciente-dia	310	591,00	1.153,00	2.174,10	183.210,00	357.430,00	673.971,00
1.8. UTI Adulto	Paciente-dia	547	2.053,40	2.361,00	3.108,20	1.123.209,80	1.291.467,00	1.700.185,40
Subtotal 1.		3648				3.286.766,90	3.999.914,30	5.278.290,00
2. Unidade cirúrgica (c/ HM e c/ Mat-Med)								
2.1. Centro Cirúrgico	Horas	871,2	1.780,20	2.042,90	2.679,00	1.550.910,24	1.779.774,48	2.333.944,80
2.2. Centro Cirúrgico Ambulatorial (Oftalm.)	Horas	258	702,80	1.015,40	1.442,85	181.322,40	261.973,20	372.255,30
2.3. Partos	Partos	72	2.022,30	3.075,90	3.415,20	145.605,60	221.464,80	245.894,40
Subtotal 2.		1201,2				1.877.838,24	2.263.212,48	2.952.094,50
3. Serviços emergenciais e ambulatoriais								
3.1. PS / PA Adulto	Pacientes	6000	279,20	296,90	309,10	1.675.200,00	1.781.400,00	1.854.600,00
3.2. Ambulatório Médico	Consultas	1200	110,30	139,50	224,70	132.360,00	167.400,00	269.640,00
3.3. Ambulatório Não Médico (Multiprof.)	Consultas	800	37,90	79,50	110,00	30.320,00	63.600,00	88.000,00
3.4. Hospital Dia	Atendim.	440	501,80	833,60	850,80	220.792,00	366.784,00	374.352,00
Subtotal 3.		8440				2.058.672,00	2.379.184,00	2.586.592,00
4. SADT interno (c/ HM e c/ Mat-Med)								
4.1. Análises Clínicas	Exames	19055	6,30	8,10	8,80	120.046,50	154.345,50	167.684,00
4.2. Anatomia Patológica	Exames	48	34,80	72,80	125,40	1.670,40	3.494,40	6.019,20
4.3. Ecocardiografia	Exames	29	108,20	139,80	237,60	3.137,80	4.054,20	6.890,40
4.4. Eletrocardiografia	Exames	61	16,90	28,90	45,50	1.030,90	1.762,90	2.775,50
4.5. Raios X	Exames	1329	43,10	57,10	71,40	57.279,90	75.885,90	94.890,60
4.6. Tomografia	Exames	1612	99,50	121,60	196,30	160.394,00	196.019,20	316.435,60
4.7. Ultrassonografia	Exames	172	73,40	81,90	103,70	12.624,80	14.086,80	17.836,40
4.8. Fisioterapia	Sessões	3154	22,60	29,10	33,70	71.280,40	91.781,40	106.289,80
4.9. Fonoaudiologia	Sessões	1038	29,60	41,00	54,10	30.724,80	42.558,00	56.155,80
4.10. Hemodiálise	Sessões	36	331,90	543,40	1.178,80	11.948,40	19.562,40	42.436,80
4.11. Psicologia	Sessões	2417	60,60	65,30	76,90	146.470,20	157.830,10	185.867,30
4.12. Terapia Ocupacional	Sessões	649	41,60	48,30	57,20	26.998,40	31.346,70	37.122,80
Subtotal 4.		29600				643.606,50	792.727,50	1.040.404,20
5. SADT externo (c/ HM e c/ Mat-Med)								
5.1. Análises Clínicas	Exames	400	6,30	8,10	8,80	2.520,00	3.240,00	3.520,00
5.2. Eletrocardiografia	Exames	300	16,90	28,90	45,50	5.070,00	8.670,00	13.650,00
5.3. Raios X	Exames	300	43,10	57,10	71,40	12.930,00	17.130,00	21.420,00
5.4. Tomografia	Exames	200	99,50	121,60	196,30	19.900,00	24.320,00	39.260,00
5.5. Ultrassonografia	Exames	140	73,40	81,90	103,70	10.276,00	11.466,00	14.518,00
Subtotal 5. (1º ao 3º mês)		1340				50.696,00	64.826,00	92.368,00
Valor mensal (03 primeiros meses)						7.917.579,64	9.499.864,28	11.949.748,70
VALOR GLOBAL (03 primeiros meses)						23.752.738,92	28.499.592,84	35.849.246,10

Base Hospitais Gerais geridos por Organizações Sociais de Saúde - 2021

3.2. Do 4º ao 6º mês

Quanto ao custeio mensal estimado, relativo ao período compreendido do quarto ao sexto mês, é de **R\$ 9.550.328,28** (nove milhões, quinhentos e cinquenta mil trezentos e vinte e oito reais e vinte e oito centavos) no Percentil 50, perfazendo um total de **R\$ 28.650.984,84** (vinte e oito milhões, seiscentos e cinquenta mil novecentos e oitenta e quatro reais e oitenta e quatro centavos), relativamente aos três meses, conforme planilha que se segue:

Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho – Jataí/GO – CNES 2535556								
Descrição	Critério	Qtd	P25 unitário	P50 unitário	P75 unitário	P25	P50	P75
1. Serviços hospitalares (c/HM e c/ Mat-Med)								
1.1. UI – Clínica Médica	Paciente-dia	879	712,00	849,40	937,70	625.848,00	746.622,60	824.238,30
1.2. UI – Clínica Cirúrgica	Paciente-dia	1163	684,70	767,00	1.042,40	796.306,10	892.021,00	1.212.311,20
1.3. UI – Psiquiatria	Paciente-dia	258	749,20	926,30	1.120,30	193.293,60	238.985,40	289.037,40
1.4. UI – Pediatria	Paciente-dia	155	1.030,20	1.423,70	1.679,70	159.681,00	220.673,50	260.353,50
1.5. UI – Clínica Obstétrica	Paciente-dia	284	604,30	754,00	882,70	171.621,20	214.136,00	250.686,80
1.6. UI – Cuidados Intermediários Neonatal	Paciente-dia	52	646,10	741,90	1.298,20	33.597,20	38.578,80	67.506,40
1.7. UI – PS Observação Adulto	Paciente-dia	310	591,00	1.153,00	2.174,10	183.210,00	357.430,00	673.971,00
1.8. UTI Adulto	Paciente-dia	547	2.053,40	2.361,00	3.108,20	1.123.209,80	1.291.467,00	1.700.185,40
Subtotal 1.		3648				3.286.766,90	3.999.914,30	5.278.290,00
2. Unidade cirúrgica (c/ HM e c/ Mat-Med)								
2.1. Centro Cirúrgico	Horas	871,2	1.780,20	2.042,90	2.679,00	1.550.910,24	1.779.774,48	2.333.944,80
2.2. Centro Cirúrgico Ambulatorial (Oftalm.)	Horas	258	702,80	1.015,40	1.442,85	181.322,40	261.973,20	372.255,30
2.3. Partos	Partos	72	2.022,30	3.075,90	3.415,20	145.605,60	221.464,80	245.894,40
Subtotal 2.		1201,2				1.877.838,24	2.263.212,48	2.952.094,50
3. Serviços emergenciais e ambulatoriais								
3.1. PS / PA Adulto	Pacientes	6000	279,20	296,90	309,10	1.675.200,00	1.781.400,00	1.854.600,00
3.2. Ambulatório Médico	Consultas	1200	110,30	139,50	224,70	132.360,00	167.400,00	269.640,00
3.3. Ambulatório Não Médico (Multiprof.)	Consultas	800	37,90	79,50	110,00	30.320,00	63.600,00	88.000,00
3.4. Hospital Dia	Atendim.	440	501,80	833,60	850,80	220.792,00	366.784,00	374.352,00
Subtotal 3.		8440				2.058.672,00	2.379.184,00	2.586.592,00
4. SADT interno (c/ HM e c/ Mat-Med)								
4.1. Análises Clínicas	Exames	19055	6,30	8,10	8,80	120.046,50	154.345,50	167.684,00
4.2. Anatomia Patológica	Exames	48	34,80	72,80	125,40	1.670,40	3.494,40	6.019,20
4.3. Ecocardiografia	Exames	29	108,20	139,80	237,60	3.137,80	4.054,20	6.890,40
4.4. Eletrocardiografia	Exames	61	16,90	28,90	45,50	1.030,90	1.762,90	2.775,50
4.5. Raios X	Exames	1329	43,10	57,10	71,40	57.279,90	75.885,90	94.890,60
4.6. Tomografia	Exames	1612	99,50	121,60	196,30	160.394,00	196.019,20	316.435,60
4.7. Ultrassonografia	Exames	172	73,40	81,90	103,70	12.624,80	14.086,80	17.836,40
4.8. Fisioterapia	Sessões	3154	22,60	29,10	33,70	71.280,40	91.781,40	106.289,80
4.9. Fonoaudiologia	Sessões	1038	29,60	41,00	54,10	30.724,80	42.558,00	56.155,80
4.10. Hemodiálise	Sessões	36	331,90	543,40	1.178,80	11.948,40	19.562,40	42.436,80
4.11. Psicologia	Sessões	2417	60,60	65,30	76,90	146.470,20	157.830,10	185.867,30
4.12. Terapia Ocupacional	Sessões	649	41,60	48,30	57,20	26.998,40	31.346,70	37.122,80
Subtotal 4.		29600				643.606,50	792.727,50	1.040.404,20
5. SADT externo (c/ HM e c/ Mat-Med)								
5.1. Análises Clínicas	Exames	400	6,30	8,10	8,80	2.520,00	3.240,00	3.520,00
5.2. Eletrocardiografia	Exames	300	16,90	28,90	45,50	5.070,00	8.670,00	13.650,00
5.3. Endoscopia	Exames	80	487,20	630,80	1.001,30	38.976,00	50.464,00	80.104,00
5.4. Raios X	Exames	300	43,10	57,10	71,40	12.930,00	17.130,00	21.420,00
5.5. Tomografia	Exames	200	99,50	121,60	196,30	19.900,00	24.320,00	39.260,00
5.6. Ultrassonografia	Exames	140	73,40	81,90	103,70	10.276,00	11.466,00	14.518,00
Subtotal 5. (4º ao 6º mês)		1420				89.672,00	115.290,00	172.472,00
Valor mensal (03 últimos meses)						7.956.555,64	9.550.328,28	12.029.852,70
VALOR GLOBAL (03 últimos meses)						23.869.666,92	28.650.984,84	36.089.558,10

Base Hospitais Gerais geridos por Organizações Sociais de Saúde - 2021

3.2. Valor Global

Diante dos valores apresentados temos o custeio global relativo aos 06 (seis) meses perfazendo R\$ 57.150.577,68 (cinquenta e sete milhões, cento e cinquenta mil quinhentos e setenta e sete reais e sessenta e oito centavos).

ANEXO IV- SISTEMA DE REPASSE

1. Regras e Cronograma do Sistema de Repasse

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

1.2. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho**:

a) Internações Hospitalares: saídas hospitalares em clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia clínica, obstetrícia cirúrgica, pediatria clínica e cirúrgica e saídas psiquiátricas;

b) Cirurgias: cirurgias gerais (adulto e pediátrico), cirurgias oftalmológicas e partos.

c) Hospital Dia: 1)Pequenos procedimentos: vasectomia, cantoplastia, postectomia, exérese de nevus, lipoma, fistula arteriovenosa e 2) Atendimentos Ambulatoriais

d) Atendimento Ambulatorial: consultas médicas na atenção especializada, consulta não médica;

e) SADT Externo: análises clínicas, eletrocardiografia, raio X, tomografia, ultrassonografia e endoscopia*.

*Endoscopia A partir do 4º mês

Obs.: Os atendimentos de urgência e emergência (Pronto Atendimento), apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da Organização da Sociedade Civil, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência de demanda espontânea, regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

1.3. Para a prestação de contas, evidenciar-se-á a seguinte tabela:

LINHAS DE SERVIÇO	DETALHAMENTOS	META ATÉ O 3º MÊS	META A PARTIR DO 4º MÊS
INTERNAÇÕES HOSPITALARES	Saídas Clínicas	195	195
	Saídas Cirúrgicas	363	363
	Saídas Pediátricas	34	34
	Saídas Clínicas Obstétricas	41	41
	Saídas Cirúrgicas Obstétricas	72	72
	Saídas Psiquiátricas	9	9
CIRURGIAS	Cirurgias Programadas Adulto	97	97
	Cirurgias Programadas Pediátrica	13	13
	Cirurgias Oftalmológicas	258	258
	Partos	62	62
HOSPITAL DIA	Pequenos Procedimentos	182	182
	Atendimentos Oftalmológicos*	258	258
ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS	Consultas Médicas	1200	1200
	Consultas Multiprofissional	800	800
SADT EXTERNO	Endoscopia Digestiva Alta	-	80
	Eletrocardiograma	300	300
	Raio X	300	300
	Tomografia	200	200
	Ultrassom Convencional	100	100
	Ultrassom Doppler	40	40
	Análise Clínica	400	400

*Em que pese as cirurgias oftalmológicas já estarem contempladas na linha de "cirurgia", os atendimentos oftalmológicos também constam na linha do "Hospital Dia" visto ser necessário precisar tanto o procedimento quanto o leito dia.

1.4. As modalidades de atividade assistencial acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento da **OSC**.

1.5. Além das atividades de rotina, a Unidade Hospitalar poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde.

1.6. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a que apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

1.7. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a que apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

1.8. O montante do orçamento econômico-financeiro do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho**, referente ao período de 6 (seis) meses, é de **R\$56.966.023,68** (cinquenta e seis milhões, novecentos e sessenta e seis mil vinte e três reais e sessenta e oito centavos), no **Percentil 50**.

1.9. O montante **mensal** do orçamento econômico-financeiro do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho** é

de **R\$9.499.864,28 (nove milhões, quatrocentos e noventa e nove mil oitocentos e sessenta e quatro reais e vinte e oito centavos)** referente ao período dos 3 (três) primeiros meses e de **R\$9.550.328,28 (nove milhões, quinhentos e cinquenta mil trezentos e vinte e oito reais e vinte e oito centavos)**, para os 3 (três) últimos meses.

1.10. Do montante global estimado para os 3(três) primeiros meses, a parte fixa, 90% (noventa por cento), corresponde ao valor de **R\$25.649.633,55 (vinte e cinco milhões, seiscentos e quarenta e nove mil seiscentos e trinta e três reais e cinquenta e cinco centavos)** e de **R\$25.785.886,35 (vinte e cinco milhões, setecentos e oitenta e cinco mil oitocentos e oitenta e seis reais e trinta e cinco centavos)** para os 3(três) últimos meses, distribuído percentualmente nos termos indicados na seguinte **TABELA 1**, conforme o valor estimado para custeio estabelecido no Anexo III:

TABELA 1 – 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 CONTRATO.

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	PORCENTAGEM (%)
Internações Hospitalares*	51 %
Cirurgias	23%
Hospital Dia	4%
Atendimento Ambulatorial	3%
SADT Externo	1%
Pronto Atendimento**	18%
TOTAL	100%

*Os custos referentes aos SADTs Internos foram considerados dentro das Internações Hospitalares, para atendimento da demanda interna

**Como o Pronto Atendimento não compõe meta, a porcentagem estimada foi considerada apenas para fins de divisão dos custos. Os recursos serão repassados considerando o atendimento de 100% da demanda dos atendimentos de urgência.

1.11 Conforme as porcentagens estabelecidas, verifica-se os seguintes valores para o pagamento da parte fixa, de acordo para cada linha de serviço, dividido por trimestre:

a) 51 % do valor, correspondente a R\$13.081.313,11 (treze milhões, oitenta e um mil trezentos e treze reais e onze centavos), para o primeiro trimestre e R\$13.150.802,04 (treze milhões, cento e cinquenta mil oitocentos e dois reais e quatro centavos), para o segundo trimestre, correspondem ao custeio das despesas com internações hospitalares: saídas da clínica médica, cirúrgica, pediátrica, obstétrica e psiquiátrica.

b) 23% (nove por cento) do valor, correspondente a R\$5.899.415,72 (cinco milhões, oitocentos e noventa e nove mil quatrocentos e quinze reais e setenta e dois centavos), para o primeiro trimestre e R\$5.930.753,86 (cinco milhões, novecentos e trinta mil setecentos e cinquenta e três reais e oitenta e seis centavos), para o segundo trimestre, correspondem ao custeio das despesas com cirurgias, cirurgias oftalmológicas e partos.

c) 4% (quatro por cento) do valor, correspondente a R\$1.025.985,35 (um milhão, vinte e cinco mil novecentos e oitenta e cinco reais e trinta e cinco centavos), para o primeiro trimestre e R\$1.031.435,45 (um milhão, trinta e um mil quatrocentos e trinta e cinco reais e quarenta e cinco centavos), para o segundo trimestre, correspondem ao custeio das despesas com o leito dia: pequenos procedimentos e atendimentos oftalmológicos.

d) 3% (três por cento) do valor, correspondente a R\$769.489,00 (setecentos e sessenta e nove mil quatrocentos e oitenta e nove reais), para o primeiro trimestre e R\$773.576,60 (setecentos e setenta e três mil quinhentos e setenta e seis reais e sessenta centavos), para o segundo trimestre, correspondem ao custeio das despesas com consultas médicas e multiprofissionais na atenção especializada.

e) 1% (um por cento) do valor, correspondente a R\$256.496,33 (duzentos e cinquenta e seis mil quatrocentos e noventa e seis reais e trinta e três centavos), para o primeiro trimestre, relativo ao custeio das despesas com SADT Externo: Eletrocardiograma, Raio X, Tomografia, Ultrassom Convencional, Ultrassom Doppler e Análise Clínica e R\$257.858,86 (duzentos e cinquenta e sete mil oitocentos e cinquenta e oito reais e oitenta e seis centavos), para o segundo trimestre, relativo ao custeio das despesas com SADT Externo: Endoscopia Digestiva Alta, Eletrocardiograma, Raio X, Tomografia, Ultrassom Convencional, Ultrassom Doppler e Análise Clínica.

f) 18% (dezoito por cento) do valor, correspondente a R\$4.616.934,04 (quatro milhões, seiscentos e dezesseis mil novecentos e trinta e quatro reais e quatro centavos), para o primeiro trimestre, relativo ao custeio das despesas com atendimentos de urgência e emergência e R\$4.641.459,54 (quatro milhões, seiscentos e quarenta e um mil quatrocentos e cinquenta e nove reais e cinquenta e quatro centavos), para o segundo trimestre, relativo ao custeio das despesas com atendimentos de urgência e emergência, referentes a 100% do atendimento da demanda.

1.12. Do montante global estimado, **para os 3 (três) primeiros meses, a parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor de R\$2.849.959,29 (dois milhões, oitocentos e quarenta e nove mil novecentos e cinquenta e nove reais e vinte e nove centavos) e de R\$2.865.098,49 (dois milhões, oitocentos e sessenta e cinco mil noventa e oito reais e quarenta e nove centavos), **para os 3(três) últimos meses**, e está vinculada à avaliação dos Indicadores de Desempenho, descritos no Item III do Anexo I deste Plano, conforme os indicadores abaixo relacionados:

Indicadores de Desempenho	Meta
---------------------------	------

Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %
Média de Permanência Hospitalar (dias)	≤ 5
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 22
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤ 20%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 3%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%
Percentual de partos cesáreos	≤ 15%
Taxa de Aplicação da Classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea	100%

1.10. Os repasses à **FUNDAÇÃO** dar-se-ão na seguinte conformidade:

1.10.1. **90% (noventa por cento)** corresponde à parte fixa e serão repassados em **parcelas mensais**, no valor de R\$8.549.877,85 nos 3 (três) primeiros meses e **parcelas mensais**, no valor de R\$8.595.295,45, no segundo trimestre, vinculados às metas de produção;

1.10.2. **10% (dez por cento)** corresponde à parte variável e serão repassados **mensalmente** junto com as parcelas da parte fixa, no valor estimado de R\$ 949.986,43 (novecentos e quarenta e nove mil novecentos e oitenta e seis reais e quarenta e três centavos) nos 3 (três) primeiros meses e **parcelas mensais**, no valor de R\$955.032,83 (novecentos e cinquenta e cinco mil trinta e dois reais e oitenta e três centavos) nos 3 (três) últimos meses, vinculado à avaliação dos indicadores de desempenho e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo.

1.11. O valor mensal total de cada parcela está fixado em R\$9.499.864,28 (nove milhões, quatrocentos e noventa e nove mil oitocentos e sessenta e quatro reais e vinte e oito centavos) nos 3 (três) primeiros meses e em R\$9.550.328,28 (nove milhões, quinhentos e cinquenta mil trezentos e vinte e oito reais e vinte e oito centavos), nos 3 (três) últimos meses.

1.12. Os pagamentos mensais, dar-se-ão na seguinte conformidade:

Cronograma de Desembolso Financeiro	
Mês	Valor
1	R\$9.499.864,28
2	R\$9.499.864,28
3	R\$9.499.864,28
4	R\$9.550.328,28
5	R\$9.550.328,28
6	R\$9.550.328,28
Total	R\$ 57.150.577,68

1.13. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pelo **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho**.

1.14. Visando o acompanhamento e avaliação do Termo de Colaboração e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **FUNDAÇÃO** no ANEXO TÉCNICO I, o mesmo deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho**.

1.15. As informações acima mencionadas serão validadas através dos registros nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e dos registros no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), utilizando o sistema de tabulação TabWin/DATASUS, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.16. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, deverão ser encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.16.1. Para tal, a **FUNDAÇÃO** emitirá:

- a) Relatório de Execução do Objeto,
- b) Relatório de Execução Financeira.

1.17. O Relatório de Execução Financeira apenas será exigido em caso de descumprimento de metas e resultados estabelecidos no plano de trabalho.

1.18. As informações deverão ser enviadas até o dia 10 (dez) de cada mês para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

1.19. As metas de desempenho serão avaliadas em regime trimestral, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês, conforme disposto no Anexo Técnico IV.

1.20. Os resultados deverão ser apresentados pela **FUNDAÇÃO** mensalmente.

1.21. A **FUNDAÇÃO** deverá emitir os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pelo Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho, bem como apresentar a prestação de contas anual, por meio de plataforma eletrônica a ser disponibilizada pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, conforme art. 65, da Lei nº 13.019/2014, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados pela **FUNDAÇÃO**.

1.22. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pela **FUNDAÇÃO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Termo de Colaboração.

1.23. 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 não alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores, na forma disposta neste Plano de Trabalho e seus Anexos.

1.24. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse a **FUNDAÇÃO** 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.

1.25. A cada período de 03 (três) meses, a Secretaria de Estado da Saúde procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

1.26. A Comissão de Monitoramento e Avaliação do Termo de Colaboração presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

1.27. Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a **FUNDAÇÃO** receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

1.28. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela **FUNDAÇÃO**, a Comissão remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

1.29. A **OSC** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta estabelecidos, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre e/ou semestre avaliado, a depender do caso (indicadores de desempenho e quantitativos, respectivamente).

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

1.31. A análise referida no item 1.26 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Termo de Colaboração em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **FUNDAÇÃO** 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.

1.32. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome da **FUNDAÇÃO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do Termo de Colaboração, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

2. Sistemática e critérios de repasse

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

2.1. Avaliação e valoração dos desvios na produção assistencial (90% do Termo de Colaboração)

2.1.1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL**.

2.1.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado no Quadro 2. Repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, 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 à **FUNDAÇÃO**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa.

TABELA II – TABELA PARA REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO DO HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ:

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Internações Hospitalares Peso 51%	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 Peso 23%	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

Hospital Dia Peso 4%	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
	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
Atendimento Ambulatorial Peso 3%	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de atendimento ambulatorial
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de atendimento ambulatorial
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de atendimento ambulatorial
SADT Externo Peso 1%	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade de atendimento ambulatorial
	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
Pronto Socorro Peso 18%	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
	-	100% do peso percentual do pronto socorro

2.2. Avaliação e valoração dos indicadores de desempenho (10% do termo de colaboração)

2.2.1. Os valores percentuais apontados no **Item III do Anexo 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 1.12. deste documento. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL**.

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

$$PCM = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

PCM = Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A = Valor Atingido;

V_M = Valor da Meta.

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

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

2.2.4. 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:

Regra de pontuação dos indicadores e projetos estratégicos	
% DE EXECUÇÃO EM RELAÇÃO À META	NOTA DE DESEMPENH
≥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

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

Σ (nota de cada indicador)

Quantidade de indicadores

2.2.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

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

GOIANIA - GO, aos 03 dias do mês de outubro de 2022.



Documento assinado eletronicamente por **GABRIELA HILARIO LIMA**, Gerente, em 03/10/2022, às 15:51, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **VIVIANE LEONEL CASSIMIRO MEIRELES**, Superintendente, em 03/10/2022, às 15:58, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **DANIELLE JAQUES MODESTO**, Superintendente, em 03/10/2022, às 22:00, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **MARCIA RIBEIRO DE SOUZA**, Gerente, em 04/10/2022, às 08:51, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **KATIA MARTINS SOARES**, Gerente, em 20/10/2022, às 11:25, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador 000034084279 e o código CRC **FB8CB1C6**.



Referência: Processo nº 202000010023569



SEI 000034084279

GERÊNCIA DE ATENÇÃO TERCIÁRIA

AVENIDA 136 Qd.F-44 Lt.24, ED. CÉSAR SEBBA - Bairro SETOR SUL - GOIANIA - GO - CEP 74093-250 - .