

Secretaria de  
Estado da  
Saúde



ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DE CONVÊNIOS E UNIDADES DE GESTÃO DIRETA

## 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 a 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 (FUNDAHIC) 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 FUNDAHIC 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, Doverlândia, 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 ofertado 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)<sup>1</sup>.

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 partícipes, 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 SES/GO; 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. Fica prorrogado o prazo de vigência do TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 01/2020-SES-GO, pelo período de 06 (seis) meses, com início em 30 de março de 2023 e término em 29 de setembro de 2023, condicionando sua eficácia à publicação do extrato no Diário Oficial do Estado.

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 06 (seis) meses perfaz um total de **R\$9.383.053,76** (nove milhões, trezentos e oitenta e três mil cinquenta e três reais e setenta e seis centavos);

c) Para a vigência total do Aditivo (6 meses), o valor estimado do contrato é de: **R\$56.298.322,56** (cinquenta e seis milhões, duzentos e noventa e oito mil trezentos e vinte e dois reais e cinquenta e seis 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 Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta 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 Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta 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 Monitoramento e Avaliação da Execução de Convênios e Unidades de Gestão Direta, vinculada à Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios / 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 - CMA 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 acrescidas:

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 estabilidade 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 Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios, 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 (Gestão 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

Habilitações 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:

Quadro 01 - Capacidade Instalada  
Internação                      Quantidade



UTI Adulto	20
Enfermaria Cirúrgica	45
Enfermaria Clínica	34
Enfermaria Obstétrica	11
Enfermaria Pediátrica	05 clínicos 01 cirúrgico
UCIN	02
Leito Dia	10
Leitos Saúde Mental	10
Observação	10
Salas Cirúrgicas	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 As áreas/ambientes utilizados pelo serviço de hemoterapia (Hemocentro Regional - HEMOGO JATAÍ), não fazem parte do presente ajuste. Entretanto, devem continuar destinados ao uso do Hemocentro Regional.

8.2.6 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 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.

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

8.2.2.7 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.

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

8.2.2.9 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.

8.2.2.10 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.

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

8.2.2.12 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.

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

8.2.2.14 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

8.2.2.15 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.

8.2.2.16 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.

8.2.2.17 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.

8.2.2.18 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.

8.2.2.19 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.

8.2.2.20 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).

8.2.2.21 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.

8.2.2.22 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.

8.2.2.23 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.

8.2.2.24 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.

8.2.2.25 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, Radiografia, tomografia, ultrassonografia, eletrocardiograma, doppler vascular. Mantém o 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: são estratificadas em 3 tipos, a saber: pequeno procedimento ambulatorial, cirurgia eletiva ambulatorial e cirurgia eletiva hospitalar

c) Atendimento Ambulatorial : Consultas médicas e não médicas na atenção especializada: consultas médica e não médica em ambulatório.

d) Atendimento de Urgência/Emergência: Porta aberta e referenciada de entrada de Urgência e Emergência.

e) 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 SUS-SIGTAP, 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 ressarcimento 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, enviando a Autorização de Internação Hospitalar - AIH devidamente preenchida pelo médico assistente ou plantonista e os exames pertinentes ao diagnóstico, os quais serão anexados à solicitação no sistema de regulação de vagas do Complexo Regulador Estadual;

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

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

a) Assistência por equipe médica especializada;

b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação;

c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;

- d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- g) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação;
- h) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.
- i) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral;
- j) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista);
- k) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- l) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;
- m) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente, considerando a legislação vigente e as normas regulamentadoras do SUS, as quais que dão direito à presença de acompanhante;
- n) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000), assim como qualquer outra situação especial assegurada por lei;
- o) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário;
- p) Sangue e hemoderivados;
- q) Fornecimento de enxoval;
- r) Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição;
- s) A realização das cirurgias, devendo o PARCEIRO PRIVADO evitar cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente;
- t) Transporte inter-hospitalar para acesso a cuidados especializados e diagnósticos, em todos os níveis de complexidade, independente da distância;

#### **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 possuam 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 pela Urgência e Emergência 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  
Pediatría  
Clínica Médica

#### 8.4.6. Atendimento Ambulatorial

8.4.6.1. 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 à Regulação Estadual, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatório.

8.4.6.2. A OSC apresentará e ofertará a agenda à Regulação Estadual conforme sua carta de serviços. No entanto, efeito de acompanhamento de metas, serão consideradas as consultas efetivamente realizadas.

8.4.6.3.. As consultas ambulatoriais compreendem:

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

8.4.6.4.. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Regulação ao Hospital/ Estabelecimento de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade;

8.4.6.5. 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. Todas as consultas de egressos devem ser inseridas no Sistema informatizado de regulação estadual;

8.4.6.6. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, desde que dentro da mesma linha de cuidado da primeira consulta regulada e/ou primeira consulta de egresso. Todas as interconsultas devem ser informadas no Sistema informatizado de regulação estadual;

8.4.6.7. 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. Todas as consultas subsequentes devem ser informadas no sistema informatizado de regulação estadual;

8.4.6.8. 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;

8.4.6.8.1. É vedado o registro de sessões como consultas subsequentes para efeito de composição de metas;

8.4.6.9. 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

8.4.6.9.1. Constitui exceção ao disciplinado no caput, as consultas ambulatoriais realizadas pela Enfermagem que atenderem ao Decreto Lei nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas desta consulta, quais sejam:

1. análise dos dados contidos no prontuário;
2. entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento;
3. diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro);

4. resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico;
5. definição do plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e
6. registro, que é a legitimação das ações deste profissional.

8.4.6.10. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, conforme demanda da população de usuários do Hospital/Estabelecimento de Saúde, nas especialidades mínimas descritas no quadro abaixo:

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  
Cirurgia Vascular  
Ortopedia e Traumatologia  
Cardiologia - Risco Cirúrgico  
Ginecologia cirúrgica  
Oftalmologia cirúrgica  
Otorrinolaringologia adulto e pediátrica clínica e cirúrgica  
Urologia cirúrgica  
Infectologia (VVS)  
Obstetrícia (egresso)  
Pediatria (egresso)  
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

8.4.6.11. O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais), bem como os tipos de consultas (primeira/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de especialidades, dependendo da avaliação das mesmas, levando-se em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde identificadas pela SES-GO. Pontua-se, ainda, que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente, e que a OSC responsável pela administração da unidade terá 45 dias para realizar a modificação solicitada com relação às especialidades ofertadas.

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

#### **8.4.7. Cirurgias Eletivas**

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

8.4.7.2. Por não ser considerada de urgência ou emergência, é agendado dia e horário para sua realização

conforme mapa cirúrgico do hospital e a ocasião mais propícia. Geralmente é realizada após diversos exames que são feitos para garantir as melhores condições de saúde dos pacientes/usuários (risco cirúrgico) e são estratificadas em 3 tipos, a saber: pequeno procedimento ambulatorial, cirurgia eletiva ambulatorial e cirurgia eletiva hospitalar;

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

- Instrumento de registro: BPA ou BPAi via SIA e/ou APAC ou AIH (procedimento principal) cuja modalidade de atendimento no SIGTAP esteja contemplado Hospital Dia via SIH;

- Autorização para execução: via regulação ambulatorial de 1ª vez;

- Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) ou Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Gestão Hospitalar (SES-GO);

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

- Instrumento de registro: APAC (procedimento principal);

- Autorização para execução: via Sistema Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas;

- Apresentação de produção para prestação de contas: via Sistema Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas;

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

- Instrumento de registro: AIH - Autorização para execução: via Sistema Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas;

- Apresentação de produção para prestação de contas: via Sistema Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas;

8.4.7.3.1. As cirurgias eletivas hospitalares podem ser estratificadas em 3 tipos, conforme especificado abaixo:

Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: média de permanência hospitalar de 2 a 3 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto custo;

Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade: média de permanência hospitalar maior que 3 dias, não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo; e

Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo: média de permanência hospitalar maior que 3 dias com ou sem uso de OPME, envolve alto custo e pode envolver ou não o uso de OPMEs de alto custo.

8.4.7.4. As cirurgias eletivas não envolvem pacientes que estejam em internação hospitalar prévia à realização do procedimento cirúrgico;

8.4.7.5. Os pacientes para acesso à cirurgia eletiva deverão ter como única porta de entrada a consulta ambulatorial regulada pelo Complexo Regulador Estadual, na mesma especialidade da cirurgia eletiva ou dentro da mesma linha de cuidado para o qual o paciente foi regulado;

8.4.7.6. Não é legítimo converter pacientes que são admitidos via Pronto Socorro de unidades de saúde que possuem porta de entrada aberta 24h, em pacientes elegíveis para inserção na lista de espera da cirurgia eletiva;

8.4.7.7. Em situação excepcional será admitida a inserção da solicitação de procedimento cirúrgico eletivo para pacientes que forem admitidos via Emergência. Tratam-se dos pacientes que necessitam de abordagem de 2º tempo cirúrgico pós-trauma na especialidade de ortopedia e retirada de cateter em urologia, e em outras situações a depender de definição pela regulação estadual;

8.4.7.8. A unidade de saúde deverá cumprir e fazer cumprir todas as normativas de regulação e autorização de cirurgias eletivas constantes no Protocolo Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas vigente, bem como atualizações futuras e outras normativas estabelecidas no âmbito da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás.

#### **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.

#### **8.4.9 Hospital Dia**

8.4.9.1 O Hospital Dia será disponibilizado aos pacientes que comparecem à Unidade apenas para recebimento

de dose esquemática de medicação endovenosa, pequenos procedimentos cirúrgicos e Cirurgia eletiva ambulatorial; que necessitam de permanecer na Unidade por um período máximo de 12 horas, devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

#### **8.4.10. Serviços de Apoio**

8.4.10.1. 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.

8.4.10.2. 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.

8.4.10.3. Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada 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.

8.4.10.4. 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.

8.4.10.5. 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.

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

#### **9. 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 e suas alterações subsequentes, ou outra norma vigente.

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

10.2. Para todo e qualquer projeto, A OSC deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES-GO, para validação e autorização quanto à execução pela OSC;

10.3. 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.

10.3.1 A proposta só deverá ser inicialmente executada após a autorização do PARCEIRO PÚBLICO.

10.4. 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.

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

## **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 diário/ mensal;
- c) Relatório de Custos, em regime mensal;
- 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.

11.3 A OSC deverá manter seu estatuto social atualizado, contendo inclusive a informação de quem seja o autorizador de despesa da entidade.

## **12. Da Comunicação**

12.1. Considerando a necessidade de comunicação da Secretaria de Estado da Saúde com o público externo, e com a imprensa em geral como intermediária dos meios de informação e divulgação; e ainda, internamente, com os públicos afetos à sua atividade de saúde pública, a SES-GO adota um padrão e linguagem uniforme para suas práticas de Comunicação, seja visual, em mídias sociais e outras;

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

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

12.4. É responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, na execução dos contratos, sob orientação da Comunicação Setorial, proceder a ações que zelem pela imagem da instituição SES, cuidando de expressar e se referir às unidades como “rede própria da Secretaria de Estado da Saúde” ou “unidade do Governo de Goiás” em quaisquer emissão de mensagem em meio escrito, gravado ou em áudio; bem como inserir as logomarcas SUS, SES, Governo de Goiás, nos documentos e vídeos, obrigatoriamente, seja para divulgação interna ou externa;

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

12.5.1. As logomarcas dos PARCEIROS PRIVADOS podem constar em documentos internos mas, jamais, em fachadas, placas ou letreiros, bem como nos materiais externos, salvo em mídia específica sobre o PARCEIRO PRIVADO;

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

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

12.7. É dever do PARCEIRO PRIVADO proceder à mais eficiente comunicação interna com os pacientes, acompanhantes e familiares lançando mão de técnicas e tecnologias que informem a rotina, alterações, boletins e quaisquer

outros enunciados de forma clara e objetiva e a mais acessível que for possível;

12.8. As contas das redes sociais quando se referirem às unidades SES são de propriedade do Governo de Goiás e submetidas à orientação da Secom/Comset, mas administradas para efeito de alimentação e conteúdo pelas assessorias locais do PARCEIRO PRIVADO, por meio de acesso cedido, as quais devem manter profissionais aptos a esse tráfego.

### **13. Especificações Técnicas**

#### **13.1. A OSC deverá:**

13.1. Aderir e alimentar o(s) sistema(s) de informação a ser(em) disponibilizado(s) 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 eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

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

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

13.3. Atualizar, periodicamente ou sempre que necessário, a listagem de profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento, sua respectiva carga horária, instalações físicas, serviços especializados e suas respectivas classificações, leitos e equipamentos, procedendo aos devidos registros no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

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

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

13.6. 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 do Hospital;

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

13.7. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no estabelecimento de saúde, disponibilizando a qualquer momento à 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 no estabelecimento, observando, inclusive as Resoluções e Instruções vigentes do Conselho Federal de Medicina;

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

13.7.2. No caso de troca de gestão da unidade, se responsabilizar pela condução da entrega dos prontuários ao substituto que ocupará a sua função e herdará os arquivos, pelo tempo determinado pelas normas específicas;

13.8. Assumir a inteira responsabilidade pelo fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela SUS- SIGTAP ou outra tabela que vier a substituí-la;

13.8.1. Sempre que a ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores correspondentes serão cobrados regressivamente da OSC, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pela ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA;

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

13.8.3. Quando a OSC fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam

disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato à ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.

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

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

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

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

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

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

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

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 do hospital;

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 Contrato;

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 de 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 ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes, idosos e nos demais casos previstos em legislações específicas;

k. Garantir atendimento indiferenciado aos usuários;

l. Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

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

- Nome do usuário;

- Nome do Hospital/Estabelecimento de Saúde;

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

- Motivo da internação (CID-10);

- Data de admissão e data da alta;

- 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";

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

· Arquivar ou indexar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei;

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

13.16. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como do ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

13.17. Garantir o pleno acesso da Ouvidoria do SUS aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

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

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

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

13.20. Realizar, mensalmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia e/ou modelo a ser validado pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, a qual deverá ser realizada em todos os setores do estabelecimento de saúde, com envio de seus resultados estratificados e da eficácia da resolução para a SES-GO;

13.21. 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, e em conformidade com a legislação estadual correlata;

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

13.23. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

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

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

13.26. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com o Complexo Regulador Estadual e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;

13.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, de forma ininterrupta, por 24 horas, 07 dias por semana, um Núcleo Interno de Regulação – NIR, conforme preconiza o Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação da SES-GO, Portaria nº 1619/2020 SES-GO e Portaria nº 1559/2022, que institui a Política de Regulação do Sistema Único de Saúde, atentando-se também à Nota Técnica nº 1/2022 - SES/SCRS, que trata do Dimensionamento de Pessoal atuando exclusivamente no NIR, e suas alterações;

13.27.1. O NIR será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Regulação, para a Unidade Pública de Saúde em comento;

13.27.2. O NIR deverá estar localizado em área de fácil acesso dentro da unidade de saúde e possuir estrutura física mínima de: sala, computadores, impressora, acesso à internet compatível com as necessidades dos sistemas de regulação utilizados e linha telefônica;

13.27.3. A estrutura mínima funcional do NIR deverá atender as especificações da Portaria nº 1619/2020 - SES e da Nota Técnica nº 01/2022 - SES, ou outra(s) que venha(m) modificá-la(s) ou substituí-la(s);

13.27.4. O NIR deverá ser legitimado com competência definida e divulgada, subordinado à Direção Geral da Unidade de Saúde e à Gerência de Regulação de Internações/SCRS/SES-GO, com funcionamento 24h, 07 dias por semana, para unidades de internação hospitalar e de segunda a sexta-feira para unidades ambulatoriais;

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

#### Equipes, Núcleos e Serviços:

- a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- b) Comissão de Verificação de Óbitos;
- c) Comissão de Ética Médica;
- d) Comissão de Ética em Enfermagem;
- e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- f) Comissão de Residência Médica (COREME);
- g) Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- h) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
- i) Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- j) Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- k) Comissão de Proteção Radiológica;
- l) Comissão de Biossegurança;
- m) Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- n) Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT);
- o) Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- p) Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- q) Comitê Transfuncional;
- r) Comitê de Compliance;
- s) Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- t) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- u) Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- v) Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT);

13.28.1. Em se tratando de estabelecimento de saúde novo ou de nova gestão, a OSC terá até 60 (sessenta) dias do início da vigência do Ajuste para constituir as comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;

13.28.2. Em estabelecimentos de saúde com menos de 50 (cinquenta) leitos, poderá ser avaliado pela ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, conforme legislações vigentes, a flexibilização das comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;

13.29. Manter um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças agravos e eventos de notificação compulsória (DAE) no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico bem, como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos declarados, óbitos infantis e fetais, óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida, conforme Portaria SES-GO nº 921/2021 e Portarias GM/MS nº 1963/2021 e 1964/2021. Deverá executar as ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, atendendo aos seguintes requisitos:

13.29.1 Contar com equipe técnica específica composta por:

Unidades com até 100 leitos: 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em Enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 01 Técnico de enfermagem e 01 Técnico administrativo;

Unidades de 101 a 250 leitos: 02 profissionais de nível superior , sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em Enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 02 Técnico de enfermagem e 01 Técnico administrativo; e

Unidades com mais de 250 leitos: 02 profissionais de nível superior, sendo 01 profissional de nível superior (preferencialmente graduado em Enfermagem) formalmente designado pelo diretor do hospital como coordenador (responsável técnico), 03 Técnicos de enfermagem e 01 técnico administrativo.

13.29.2 Garantir funcionamento do NHE, 07 dias por semana, no período matutino e vespertino (incluindo finais de semana e feriados);

13.29.3. Garantir a realização e/ou apoio nas investigações epidemiológicas das doenças, eventos e agravos de

notificação compulsória, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela Vigilância epidemiológica municipal, estadual e nacional dos casos e óbitos hospitalizados nos sistemas de informação correspondente.

13.29.4. Garantir a participação de integrante do NHE nos Comitê de Investigação de casos e óbitos sempre que demandados (Vigilância municipal e estadual).

13.29.5. Cumprir com as metas e indicadores pactuados pelas esferas de gestão (municipal, estadual e federal), bem como de digitação oportuna dos casos e óbitos das DAE Imediata, segundo legislação vigente em até 24 (vinte e quatro) horas.

13.29.6 Indicar representantes do NHE para participar de eventos, cursos, treinamentos e reuniões quando convidados pela SMS e SES.

13.29.7. Submeter-se às normas e rotinas estabelecidas pela Sub Coordenação Estadual dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e RENAVEH (Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar);

13.29.8. Garantir o envio de amostras de casos e óbitos suspeitos ou confirmados das DAE ao LACEN GO, conforme fluxo estabelecido, respeitando os critérios de coleta, armazenamento e transporte, disponibilizados no site: <https://www.saude.go.gov.br/vigilancia-em-saude/lacen-go>.

13.29.9. Estabelecer fluxo de comunicação dos exames de DAE realizados pelos laboratórios terceirizados, ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, que fará o contato com as Vigilância Epidemiológica municipais e estadual.

13.30. Estabelecer, implementar e disponibilizar “on line” e na plataforma SIGUS da SES-GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 509/2021 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

13.30.1. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área;

13.31. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde, bem como, implementar e disponibilizar “on line” e na plataforma SIGUS da SES-GO, o Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC 509/2021, NBR 5410, NBR 13534, NBR 15943 e as demais resoluções;

13.32. Proporcionar condições de infraestrutura predial e controle de qualidade do ar em ambientes climatizados. A OSC deverá implantar e manter durante a vigência deste contrato, Plano de Manutenção, Operação e Controle Predial – PMOCP e Plano de Manutenção, Operação e Controle – PMOC com programação das manutenções preventiva, rotineira e corretiva, de forma a operacionalizar e supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários com profissional que tenha competência legal para garantia de segurança dos sistemas e da edificação conforme especificações contidas na NBR 13971/97, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674, ABNT NBR 5674 da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT e exigências do Ministro de Estado da Saúde e ANVISA, por meio da Portaria N°3.523, de 28 de agosto de 1998, Resolução-Re N°09, de 16 de janeiro de 2003 e as demais resoluções;

13.33. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a unidade de saúde conforme a Resolução RDC nº 509/2021, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

13.34. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade da OSC, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

13.35. 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;

13.36. Promover manutenção preventiva para equipamentos e instalações relacionados com infraestrutura como: grupo gerador de emergência, quadro de distribuição de energia, sistema elétrico e luminotécnico, Sistema de Proteção Contra Descarga Atmosférica (SPDA) e aterramento, sistema de ar condicionado, caixas d'água, sistema hidráulico, telefonia, rede

lógica, entre outros

13.37. Prover programa de manutenção preventiva para sistemas de proteção e combate a incêndios e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC);

13.38. Implantar o Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por parada cardiorrespiratória e a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portarias GM/MS 2.600, de 21/10/2009, nº 3.490, de 12/11/2010 e 1.032, de 04/05/2011;

13.39. A Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás, através dos seguintes indicadores:

a) Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de múltiplos órgãos.

b) Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos.

13.40. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência do estabelecimento de saúde, conforme o seu perfil, deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

a) 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;

b) 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;

c) 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;

d) Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;

e) Lei estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013, dispõe sobre o acesso a informações e a aplicação da Lei federal nº 12.52, de 18 de novembro de 2011, no âmbito do Estado de Goiás, institui o serviço de informação ao cidadão e dá outras providências;

f) Norma Regulamentadora MTE nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;

g) Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida, disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/manual\\_investigacao\\_obito.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/manual_investigacao_obito.pdf);

h) Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, Ministério da Saúde, 2017;

i) Nota Técnica nº 1/2022 - SES/SCRS, que trata do Dimensionamento de recursos humanos atuando exclusivamente no Núcleo Interno de Regulação das unidades de saúde sob gestão e regulação estadual;

j) Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH);

k) Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS);

l) Portaria nº 342/2022 - SES-GO, de 24 de fevereiro de 2022, que institui o Sistema de Gestão de Unidades de Saúde e suas alterações posteriores;

m) Portaria GM/MS nº 3.418, de 31 de agosto de 2022, altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a monkeypox (varíola dos macacos) na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;

n) Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de julho de 2021, Institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH);

o) Portaria GM/MS nº 1.694, de 23 de julho de 2021, Institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh);

p) Portaria nº 921/2021 - SES, de 01 de junho de 2021, Institui a Rede Estadual de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (REVEH) na Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e dá outras orientações.

q) Portaria nº 1619/2020 - SES-GO, de 11 de setembro de 2020, que dispõe sobre a Estruturação e Atribuições dos Núcleos Internos de Regulação - NIR das Unidades da Rede Própria e das Unidades Conveniadas/Contratadas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e dá outras providências;

r) Portaria nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS;

s) Portaria 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;

t) Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Seção V;

u) Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Capítulo II - Do Sangue, Componentes e Hemoderivados;

v) Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016, 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;

w) Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; Anexo III (Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE); Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo;

x) Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; com ênfase nos Anexos XXIV (Política Nacional de Atenção Hospitalar); XXXI (Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade) e XXXII (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica);

y) Portaria MS nº 529, de 01 de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

z) Portaria MS nº 1631, de 1º de outubro de 2015, aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;

a.1) Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010, estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS);

b.1) Portaria nº 1.119, de 05 de junho de 2008, regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos;

c.1) Portaria MS nº 1559/2008, de 01 de agosto de 2008, Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS;

d.1) Portaria nº 1.405, de 29 de junho de 2006, institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO);

e.1) Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia;

f.1) Portaria 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-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;

g.1) RDC ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências;

h.1) RDC ANVISA nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue;

i.1) RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

j.1) 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;

k.1) RDC ANVISA nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);

l.1) RDC ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva;

m.1) RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada;



n.1) Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem;

o.1) Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico;

p.1) Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência;

13.38.1 Atender toda a legislação vigente e considerar que o rol apresentado neste item é exemplificativo;

13.41. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

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

13.43. Implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de um repositório de informações único de como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos contratos de gestão firmados, de acordo com Portaria 1046/2019 - SES-GO, de 03 de dezembro de 2019;

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

13.44.1. 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;

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

13.44.3. Fazer uso de um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) que tenha um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) conforme a Portaria 1046 de Dezembro/2019;

13.44.4. Utilizar todos os módulos do SGH, inerentes a gestão da unidade proposta, de modo a possibilitar a criação de um repositório de informações único como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos contratos de gestão firmados, conforme definido na Portaria 1046 de Dezembro/2019;

13.44.5. Garantir, em tempo hábil, que todos os documentos do prontuário eletrônico do paciente estejam assinados digitalmente;

13.44.6. Compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de imagiologia tendo como identificador único o CPF do paciente. Todas as imagens e laudos deverão ser enviadas para o sistema PACS/RIS da SES-GO, nos padrões definidos pela SES-GO;

13.44.7. O SGH (por meio do PEP) do PARCEIRO PRIVADO deverá ler estes exames (imagens e laudos) do sistema de PACS/RIS da SES-GO. Não há a necessidade de integrar o sistema PACS/RIS da OSC diretamente com o SGH (PEP). Os exames (imagens e laudos) anteriores (legado), caso ainda não tenham sido transferidos, também deverão ser enviados para o sistema da SES-GO visando que todo o histórico desses exames fique armazenado no sistema da SES-GO;

13.44.8. Comprometer-se a estabelecer um serviço de exames laboratoriais (SADT) que seja integrado ao SGH (PEP) e armazene no SGH todos os resultados (dados estruturados) e laudos devidamente assinados digitalmente;

13.44.9. Garantir a confiabilidade dos dados que serão integrados ao Sistema de Regulação em Saúde utilizado pelo serviço de regulação estadual, para os processos ambulatoriais, urgência e emergência e internação;

13.44.10. Arcar com a responsabilidade de manter a sustentação do sistema. A governança do projeto Saúde Digital, definido na Portaria 1046/2019-SES, é de responsabilidade da SES-GO, portanto, o Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) contratado para atender a este projeto, deverá permitir que a SES tenha os seguintes privilégios: definir regras de negócio, permitir acesso total ao banco de dados, gerenciar as permissões de acessos, acompanhar os chamados abertos pelas unidades de saúde, priorizar a resolução dos chamados abertos, cobrar as soluções diretamente da empresa mantenedora do sistema, definir as novas funcionalidades e integrações a serem incorporadas, coordenar a homologação de novas funcionalidades;

**13.45. Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:**

13.45.1. Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional;

13.45.2. Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como a legislação vigente.

13.45.3. Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO.

13.45.4. Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para a realização dos procedimentos hemoterápicos/hematológicos, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.

13.45.5. Identificar as necessidades de treinamento dos servidores, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento, definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).

13.45.6. Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade dos procedimentos na assistência hemoterápica e hematológica.

13.45.7. Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações relacionados à assistência hemoterápica e hematológica, conforme a necessidade em função dos procedimentos realizados.

13.45.8. Possuir rotinas e protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, relacionados à assistência hemoterápica e hematológica, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico.

13.45.9. Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor de hemocomponentes.

13.45.10. Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.

13.45.11. Possuir e/ou participar do Comitê Transfusional Multidisciplinar do serviço fornecedor de hemocomponentes.

13.45.12. Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.

13.45.13. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.

13.45.14. Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.

13.45.15. Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço fornecedor de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS/SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e/ou descarte de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SES-GO.

13.45.16. Atender aos requisitos e protocolos estabelecidos pelo fornecedor de hemocomponentes, de acordo com a legislação, para o adequado fornecimento e uso de hemocomponentes.

13.45.17. Dispor dos insumos e materiais necessários ao adequado uso dos hemocomponentes fornecidos e realização dos procedimentos transfusionais.

13.46. Assegurar o cumprimento e atendimento a todos os procedimentos requeridos pela SES-GO, que estejam previstos na Tabela SIGTAP/SUS vigente e alterações futuras, desde que em concordância com o perfil do estabelecimento de saúde.

**ANEXO I**

## II. METAS DE PRODUÇÃO

### 1. Regra Geral

1.1 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.

1.2. 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.

1.3. 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.

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

#### 1.4.1. Internações Hospitalares

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

#### 1.4.2. Cirurgias Eletivas

- a) Pequeno procedimento ambulatorial;
- b) Cirurgia eletiva ambulatorial;
- c) Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro;
- d) Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade (sem alto custo);
- e) Cirurgia eletiva hospitalar de alto custo (com ou sem OPME);

#### 1.4.4. Consultas Ambulatoriais

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

#### 1.4.5. SADT Externo

Servido de Apoio Diagnóstico e Terapêutico ofertado à Rede Assistencial.

#### 1.4.6. Hospital Dia

1.5. 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.

1.6. 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.

### 2. Determinantes da parte assistencial

#### 2.1. Internações Hospitalares

2.1.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente saídas hospitalares, 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 Cirúrgicas Pediátrica	13
Saídas Pediátricas	29
Saídas Clínicas Obstétricas	41
Saídas Cirúrgicas Obstétricas	72
Saídas Psiquiátricas	17

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

Saídas Clínicas 34 leitos, tempo médio de permanência (TMP) 4,5 dias;

Saídas Cirúrgica 45 leitos, tempo médio de permanência (TMP) 3,2 dias.

Saídas Pediátrica cirúrgico 01 leito, tempo médio de permanência (TMP) 2 dias;

Saídas Pediátrica clínica 05 leitos, tempo médio de permanência (TMP) 4,5 dias;

Saídas Obstétrica clínicas 04 leitos, tempo médio de permanência (TMP) 2,5 dias;

Saídas Obstétrica cirúrgico 07 leitos, tempo médio de permanência (TMP) 2,5 dias;

Saídas Psiquiátrica 10 leitos, tempo médio de permanência (TMP) 15 dias;

2.1.2. As saídas cirúrgicas contemplam as cirurgias de urgência/emergência e cirurgias eletivas.

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

## 2.2. Cirurgias Eletivas

2.2.1. O estabelecimento de saúde deverá realizar um número anual de cirurgias eletivas que lhe sejam referenciadas por meio da regulação estadual:

Cirurgias	Meta mensal
Cirurgia eletiva hospitalar - ADULTO	110
Cirurgia eletiva hospitalar - PEDIÁTRICO	13

2.2.2. Para cálculo das cirurgias eletivas hospitalares foram consideradas 30% do total das saídas cirúrgicas;

2.2.3. Para avaliação das metas será observada a oferta do serviço para o Complexo Regulador Estadual e a efetiva execução dos procedimentos cirúrgicos por meio de relatórios emitidos pelo Sistema Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas.

## 2.3. Consultas Ambulatoriais

2.3.1. A Unidade Hospitalar/Estabelecimento de Saúde deverá realizar produção mensal de consultas médicas e consultas multiprofissionais;

2.3.2. A depender do cenário epidemiológico, o hospital deverá disponibilizar as vagas de consultas ambulatoriais proporcionalmente de acordo com a restrição prevista na legislação vigente, tendo como base a quantidade mensal definida no item 2.3.3, a seguir;

2.3.3 O hospital deverá disponibilizar vagas de consultas à rede assistencial e executá-las, de acordo com o estabelecido pela regulação estadual, conforme quadro abaixo.

Quadro 7 - Metas de atendimentos ambulatoriais para o HEJ

Ambulatório	Meta mensal
Consultas Médicas	1.750
Consultas multiprofissional	1.300

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

a) 40% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de primeira consulta e/ ou primeira consulta de egresso;

b) 10% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas a realização de Interconsulta;

c) 50% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de Consultas subsequentes (retornos);

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

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

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

2.3.7.1. A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA poderá empregar outro sistema de aferição conforme normativa própria.

## 2.4. SADT Externo

2.4.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames eletrocardiograma, Radiografia, tomografia e ultrassonografia/ Doppler e análises clínicas 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.

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

Exame	Meta mensal
Eletrocardiograma	150
Radiografia	300
Tomografia	100
USG convencional	80
USG Doppler	60
Análise clínica	1.200

2.4.2 A cada três meses o Complexo Regulador Estadual encaminhará para Unidade a demanda reprimida de SADTs para oferta de vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade da SES-GO, sem que, entretanto, ultrapasse o total de exames a serem disponibilizados e realizados no mês.

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

2.4.3.1. 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 de 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 ressarcimento, desde que previamente autorizado pelo Gestor da Pasta e devidamente comprovada a produção.

2.4.4. A OSC deverá inserir, obrigatoriamente, todas as vagas disponíveis, mensalmente, para os SADTs, no sistema de regulação estadual.

## 2.5 Hospital Dia

2.5.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar atendimentos no Hospital Dia, contemplando os pequenos procedimentos ambulatoriais e cirurgias eletivas ambulatoriais.

2.5.2. 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
Pequeno procedimento ambulatorial*	20
Cirurgia eletiva ambulatorial (oftalmologia)	200

\*100% da demanda regulada.

Obs.: Para o cálculo das metas, considerou-se a capacidade de leito dia instalados x número de atendimentos/dia/leito x 22 dias .

### III - INDICADORES DE DESEMPENHO

3. 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.

3.1. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO.

3.2. Para os demais indicadores, a produção realizada deve ser encaminhada até o dia 05 (cinco) do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definido e padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO).

3.3. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada mês:

Quadro 10 - Síntese de Metas de Desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)	≥85 %
Taxa Média/Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMP)	≤5 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 22
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	< 20%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas )	< 5%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS (exceto por motivo de habilitação e capacidade instalada)	≤ 7%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais	≤ 5%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano	< 50%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano	< 25%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias	≥ 80%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Investigadas Oportunamente - até 48 horas da data da notificação	≥ 80%
Percentual de partos cesáreos	≤15%
Taxa de Aplicação da Classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea	100%

#### 3.3.1. Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período.

Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula:  $[\text{Total de Pacientes-dia no período} / \text{Total de leitos operacionais-dia do período}] \times 100$

### 3.3.2. Média de Permanência Hospitalar (dias)

Conceituação: relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares.

Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional e às boas práticas clínicas (Manual de Implantação e Implementação do NIR, 2017).

Fórmula:  $[\text{Total de pacientes-dia no período} / \text{Total de saídas no período}]$

### 3.3.3. Índice de Intervalo de Substituição (horas)

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

Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação dos processos de trabalho dos colaboradores das unidades de internação hospitalar (Manual de Implantação e Implementação do NIR, 2017).

Fórmula:  $[(100 - \text{Taxa de ocupação hospitalar}) \times \text{Média de tempo de permanência}] / \text{Taxa de ocupação hospitalar}$

### 3.3.4. 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.

Fórmula:  $[\text{Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar} / \text{Número total de internações hospitalares}] \times 100$

### 3.3.5. 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.

Fórmula:  $[\text{No de retornos em até 48 horas} / \text{No de saídas da UTI, por alta}] \times 100$

### 3.3.6. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: mede a relação de procedimentos rejeitados no sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS) em relação ao total de procedimentos hospitalares apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula:  $[\text{Total de procedimentos rejeitados no SIH} / \text{total de procedimentos apresentados no SIH}] \times 100$

Obs.: Total de procedimentos rejeitados no SIH exceto rejeição no processamento por falta de habilitação e falta de capacidade instalada de leitos.

### 3.3.7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos)

Conceituação: mede o total de cirurgias eletivas que foram suspensas, por motivos relacionados à organização da Unidade,, em relação ao total de cirurgias agendadas, 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:  $[\text{No de cirurgias eletivas suspensas} / \text{No de cirurgias eletivas (mapa cirúrgico)}] \times 100$

### **3.3.8. Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT expirado**

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

Fórmula:  $[\text{Número de cirurgias realizadas com TMAT expirado dividido} / \text{Número de cirurgias eletivas em lista de espera e encaminhado para unidade}] \times 100$ .

### **3.3.9. Razão do quantitativo de consultas ofertadas**

Conceituação: número de consultas ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

Fórmula:  $\text{Número de consultas ofertadas} / \text{número de consultas propostas nas metas da unidade}$ .

### **3.3.10. Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.**

Conceituação: proporção de exames de imagem externos com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Fórmula:  $[\text{Número de exames de imagem entregues em até 10 dias} / \text{total de exames de imagem realizados no período multiplicado}] \times 100$ .

### **3.3.11. Percentual de casos de doenças/agravos/eventos de notificação compulsória imediata (DAEI) digitados oportunamente.**

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

Fórmula:  $\text{Nº de casos de DAEI digitadas em tempo oportuno - até 7 dias} / \text{Nº de casos de DAEI digitadas (no período/mês)} \times 100$

### **3.3.12. Percentual de casos de doenças/agravos/eventos de notificação compulsória imediata (DAEI) investigados oportunamente.**

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

Fórmula:  $\text{Nº de casos de DAEI investigadas em tempo oportuno - até 48 horas da data da notificação} / \text{Nº de casos de DAEI notificadas (no período/mês)} \times 100$

### **3.3.13. Percentual de partos cesáreos**

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

Fórmula:  $[\text{Nº de cesáreas realizadas} / \text{Total de partos realizados}] \times 100$  - mensal

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

### **3.3.14. 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:  $[N^{\circ} \text{ de parturientes submetidas a cesárea classificadas pela Classificação de Robson no mês} / \text{Total de parturientes submetidas a cesárea no mês} \times 100]$

## ANEXO II

### 1. ENSINO E PESQUISA

1.1. 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).

1.2. 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.

1.3. 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 obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

1.4. 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 obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

1.5. 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.

1.6. 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 e pesquisa científica, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

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

1.8 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.

1.9. 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**.

1.10. 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.

1.10.1 A **OSC** será responsável por acompanhar o cumprimento da Portaria nº 609/20 – SES-GO, ou outro ato normativo que venha modificar e/ou substituir, e não deverá permitir a realização de pesquisa científica na unidade que não estiver cadastrada no fluxo de monitoramento de pesquisas da SES.

1.10.2 A **OSC** será responsável por garantir a citação da SES-GO como afiliação institucional dos autores na realização de pesquisa, nas publicações científicas, apresentações em eventos dos trabalhos e em todo e qualquer tipo de divulgação das pesquisas científicas executadas nas Unidades de Saúde e/ou Administrativas da SES-GO.

1.10.3 A **OSC** será responsável por garantir o encaminhamento pelo pesquisador à SESG de trabalho científico resultante de Pesquisa científica em dados públicos, Pesquisas de revisão da literatura e Relatos de experiência produzidos em Unidade da SES-GO.

1.10.4 A **OSC** deverá garantir que a proposta de aplicação ou incorporação dos resultados das pesquisas realizadas dentro das unidades da SES-GO sejam apresentadas à SES-GO pelos pesquisadores.

1.11. 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.

1.12. 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**.

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

1.14. 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.

1.14.1. A **OSC** deve assegurar em seus contratos de prestação de serviço e/ou trabalho as atividades de ensino, pesquisa e preceptoria que são realizadas na unidade hospitalar.

1.15. 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.

1.16. 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.

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

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

1.19. 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.

1.20. A **OSC** deverá encaminhar as informações solicitadas pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** referentes aos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, quando devidamente implantados na unidade, 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.

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

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

2.2. O Contrato de Gestão que regulamenta o ajuste entre a **OSC** 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.

2.3. 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 Organização Social.

2.4. 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.

2.5. 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.

2.6. 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.

2.7. 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.

2.8. 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.

2.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado com experiência na aplicação de prova 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.

2.10. 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.

2.10.1 O valor a que se refere o item 3.10 será acompanhado pela Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas da Superintendência de Gestão Integrada, conforme descrito no Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

2.10.2 A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos a **OSC**, podendo ser variável conforme alteração legal do vencimento inicial do cargo ocupacional, bem como em virtude de remanejamento definido pela SES/GO, em concordância com o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos.

2.11. 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.

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

2.13. A **OSC** deverá assegurar, obrigatoriamente, no mínimo, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU, quando os programas estiverem efetivamente implantados.

2.14. 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, contemplando a elaboração conjunta do Projeto Pedagógico.

2.14.1. Os supervisores dos novos programas serão de responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO conjuntamente com a COREME da respectiva unidade.

### 3. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

3.1. 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.

3.2. O Programa de Residência Médica (PRM), 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).

3.3. Para a execução do Programa de Residência Médica, 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.

3.4. 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.

3.5. 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).

3.5.1. A **OSC** deverá manter e, quando necessário, realizar contratação adicional de preceptores para que as atividades da residência possam ser realizadas de acordo com as normas da CNRM, mantendo-se a relação preceptor/residente.

3.6. Quando cabível, competirá a **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.

3.7. 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.

3.7.1. 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-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrn>

3.8. As avaliações de que tratam o 4.7 anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

3.9. 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.

3.10. 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.

#### **4. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE**

4.1. A Instituição sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

4.2. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS) 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.

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

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

4.5. Para a execução da Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde, 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.

4.6. 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.

4.7. 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.

4.8. 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. Sendo sua atuação exclusiva às atividades da coordenação.

4.9. 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/PRMS/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/PRMS.

4.10. 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/PRMS (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 acompanhá-lo.

4.10.1. Todos os profissionais em exercício no estabelecimento de saúde devem ter conhecimento de que o mesmo desenvolve atividades de ensino. E, portanto, devem cooperar com o processo de aprendizagem dos residentes;

4.10.2 A necessidade de designar o Preceptor colaborador deverá, obrigatoriamente, ser feita mediante justificativa fundamentada pelo Coordenador do PRAPS/PRMS, com base no Projeto Pedagógico, e dirigida ao Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, e acatado formalmente pela COREMU/SESG.

4.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS/PRMS, 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. Na ausência de profissionais efetivos na unidade ou que atendam aos requisitos para o cargo, a unidade assistencial deverá conduzir processo seletivo para o cargo de coordenador.

4.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção, preferencialmente, 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.

4.13. A seleção 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.

4.14. 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, preferencialmente, como profissional em exercício na instituição.

4.15. Nos PRAPS e PRMS/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, presencial, exclusiva ao cargo, de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS/PRMS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

4.16. 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.

4.16.1 Os Profissionais no cargo de Tutoria com carga horária superior a 30 (trinta) horas semanais deverão exercer suas atividades, exclusivamente, na COREMU Local.

4.17. 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.

4.18. 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.

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

4.19. 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, se for o caso.

4.20. 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 (SEI), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

4.21. 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.

## 5. DOS RECURSOS FINANCEIROS

5.1. 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.

5.2. 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.

5.3. Ocorrendo a situação descrita no item 5.2, 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 dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizado o devido desconto financeiro.

5.4. Quando da implantação e execução dos Programas de Residência, a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás apresentará a estimativa do valor das bolsas da Residência Médica custeadas pela SES-GO em razão da necessidade de se provisionar e planejar o orçamento estatal. Quando houver repasse das bolsas diretamente ao residente médico ou residente multiprofissional, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

5.5. A estimativa do valor das bolsas da Residência Médica 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 médico, o valor será informado, mensalmente, à área técnica responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.

5.6. 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.

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

5.7.1 Para a alimentação deverá ser garantido, de acordo com a carga horária, 02 (duas) pequenas refeições e 01 (uma) grande refeição.

5.8. Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso apresentadas, 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.

## 6. ESTÁGIOS CURRICULARES

6.1. 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.

6.2. 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, Portaria nº 225/2021 – SES/GO, de 09 de março de 2021, Portaria nº 2851/2022 - SES, de 28/11/2022, ou outras que venham substituí-las.

6.3. 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, cuja distribuição será organizada e orientada pela SESG, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.

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

6.5 O quantitativo de vagas ofertadas será definido pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG conjuntamente com as Unidades Administrativas e/ou Assistenciais de Saúde da SES-GO, levando-se em consideração a capacidade instalada de cada local.

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

6.7 Os alunos serão encaminhados para as Unidades Assistenciais de Saúde por meio da Coordenação de Estágio (CEST) da SESG, após preenchimento da ficha de inscrição e assinatura do termo de compromisso, no qual deverá constar o número de apólice de seguro.

6.8 A Diretoria de Ensino e Pesquisa ou equivalente, da unidade administrativa ou de saúde, ficará responsável pela distribuição interna dos estagiários, em conjunto com a SESG/SES-GO, após o resultado final do Chamamento Público.

6.9 A **OSC** deverá encaminhar as informações solicitadas pela ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA referentes aos Programas de Estágio, 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.

## 7. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

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

7.2. A **OSC** encaminhará o PAEPS/US à SESG, via protocolo no SEII, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Contrato de Gestão ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

7.3 A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAEPS/US, quadrimestralmente, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.

7.3.1 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 PAEPS/US, bimestralmente.

7.4. 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 15 (v. 000037763860) 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 precificações 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. 000037363409), 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	<b>879</b>
UI - Clínica Cirúrgica	45	85%	30,4	<b>1.163</b>
UI - Psiquiatria	10	85%	30,4	<b>258</b>
UI - Pediatria	06	85%	30,4	<b>155</b>
UI - Clínica Obstétrica	11	85%	30,4	<b>284</b>
UI - Cuidados Intermediários Neonatal	02	85%	30,4	<b>52</b>
UI - PS Observação Adulto	10	85%	30,4	<b>258</b>

##### 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 por cento) 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	376	2,4	902,4
Centro Cirúrgico Ambulatorial (Oftalmológico)	200	1,0	200

#### 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
Ambulatório Médico	1.750
Ambulatório Não Médico (Multiprofissional)	1300
Hospital Dia*	220

O Hospital Dia refere-se aos 220 procedimentos conforme quadro "Metas de atendimentos para o Hospital Dia do HEJ", que estabelece 200 atendimentos oftalmológicos e 20 pequenos procedimentos.

### 2.2.4.) SADT

#### 2.2.4.a.) SADT Interno

Para os serviços de SADT Interno, foram considerados os serviços ofertados, bem como o histórico de precificação. Para os quantitativos precificados, consideramos a média de produção da própria unidade, relativo ao período de julho de 2022 a dezembro de 2022. Assim, temos:

Procedimento	Quantidade levantada
Análises Clínicas	18.670
Anatomia Patológica	50
Ecocardiografia	28
Eletrocardiografia	61
Raios X	1630
Tomografia	1451
Ultrassonografia	242

Fisioterapia	3067
Fonoaudiologia	975
Hemodiálise	35
Psicologia	2851
Terapia Ocupacional	490

Fonte: KPIH

**2.2.4.b.) SADT Externo**

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

Serviço	Quantidade
Análises Clínicas	1200
Eletrocardiografia	150
Raios X	300
Tomografia	100
Ultrassonografia (convencional/doppler)	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.

Assim, considerando a metodologia utilizada e os cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o custeio mensal estimado para a operacionalização da unidade hospitalar é de **R\$9.383.053,76** (nove milhões, trezentos e oitenta e três mil cinquenta e três reais e setenta e seis centavos) no Percentil 50, perfazendo um total de **R\$56.298.322,56** (cinquenta e seis milhões, duzentos e noventa e oito mil trezentos e vinte e dois reais e cinquenta e seis centavos), relativamente aos 06 (seis) meses, conforme planilha que se segue:

Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho – CNES 2535556								
Descrição								
1. Serviços hospitalares (c/HM e c/ Mat-Med)	Critério	Qtd	P25 unitário	P50 unitário	P75 unitário	P25	P50	P75
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	258	591,00	1.153,00	2.174,10	152.478,00	297.474,00	560.917,80
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.		<b>3596</b>				<b>3.256.034,90</b>	<b>3.939.958,30</b>	<b>5.165.236,80</b>
2. Unidade cirúrgica (c/ HM e c/ Mat-Med)	Critério	Qtd	P25 unitário	P50 unitário	P75 unitário	P25	P50	P75
2.1. Centro Cirúrgico	Horas	902,4	1.780,20	2.042,90	2.679,00	1.606.452,48	1.843.512,96	2.417.529,60
2.2. Centro Cirúrgico Ambulatorial (Oftalm.)	Horas	200	702,80	1.015,40	1.442,85	140.560,00	203.080,00	288.570,00
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.		<b>1174,4</b>				<b>1.892.618,08</b>	<b>2.268.057,76</b>	<b>2.951.994,00</b>

3. Serviços emergenciais e ambulatoriais	Critério	Qtd	P25 unitário	P50 unitário	P75 unitário	P25	P50	P75
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	1750	110,30	139,50	224,70	193.025,00	244.125,00	393.225,00
3.3. Ambulatório Não Médico (Multiprof.)	Consultas	1300	37,90	79,50	110,00	49.270,00	103.350,00	143.000,00
3.4. Hospital Dia	Atendim.	220	501,80	833,60	850,80	110.396,00	183.392,00	187.176,00
Subtotal 3.		<b>9270</b>				<b>2.027.891,00</b>	<b>2.312.267,00</b>	<b>2.578.001,00</b>
4. SADT interno (c/ HM e c/ Mat-Med)	Critério	Qtd	P25 unitário	P50 unitário	P75 unitário	P25	P50	P75
4.1. Análises Clínicas	Exames	18670	6,30	8,10	8,80	117.621,00	151.227,00	164.296,00
4.2. Anatomia Patológica	Exames	50	34,80	72,80	125,40	1.740,00	3.640,00	6.270,00
4.3. Ecocardiografia	Exames	28	108,20	139,80	237,60	3.029,60	3.914,40	6.652,80
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	1630	43,10	57,10	71,40	70.253,00	93.073,00	116.382,00
4.6. Tomografia	Exames	1451	99,50	121,60	196,30	144.374,50	176.441,60	284.831,30
4.7. Ultrassonografia	Exames	242	73,40	81,90	103,70	17.762,80	19.819,80	25.095,40
4.8. Fisioterapia	Sessões	3067	22,60	29,10	33,70	69.314,20	89.249,70	103.357,90
4.9. Fonoaudiologia	Sessões	975	29,60	41,00	54,10	28.860,00	39.975,00	52.747,50
4.10. Hemodiálise	Sessões	35	331,90	543,40	1.178,80	11.616,50	19.019,00	41.258,00
4.11. Psicologia	Sessões	2851	60,60	65,30	76,90	172.770,60	186.170,30	219.241,90
4.12. Terapia Ocupacional	Sessões	490	41,60	48,30	57,20	20.384,00	23.667,00	28.028,00
Subtotal 4.		<b>29550</b>				<b>658.757,10</b>	<b>807.959,70</b>	<b>1.050.936,30</b>
5. SADT externo (c/ HM e c/ Mat-Med)	Critério	Qtd	P25 unitário	P50 unitário	P75 unitário	P25	P50	P75
5.1. Análises Clínicas	Exames	1200	6,30	8,10	8,80	7.560,00	9.720,00	10.560,00
5.2. Eletrocardiografia	Exames	150	16,90	28,90	45,50	2.535,00	4.335,00	6.825,00
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	100	99,50	121,60	196,30	9.950,00	12.160,00	19.630,00
5.5. Ultrassonografia	Exames	140	73,40	81,90	103,70	10.276,00	11.466,00	14.518,00
Subtotal 5.		<b>1890</b>				<b>43.251,00</b>	<b>54.811,00</b>	<b>72.953,00</b>
Valor mensal						<b>7.878.552,08</b>	<b>9.383.053,76</b>	<b>11.819.121,10</b>
VALOR GLOBAL (06 meses)						<b>47.271.312,48</b>	<b>56.298.322,56</b>	<b>70.914.726,60</b>

Base Hospitais Gerais geridos por Organizações Sociais de Saúde - 2021

Valor Global

Diante dos valores apresentados temos o custeio global relativo aos 06 (seis) meses perfazendo **R\$56.298.322,56** (cinquenta e seis milhões, duzentos e noventa e oito mil trezentos e vinte e dois reais e cinquenta e seis 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:** Pequenos procedimentos e atendimentos oftalmológicos;

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

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

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 MENSAL
INTERNAÇÕES HOSPITALARES	Saídas Clínicas	195
	Saídas Cirúrgicas	363
	Saídas Clínicas Pediátricas	29
	Saídas Cirúrgicas Pediátricas	13
	Saídas Clínicas Obstétricas	41
	Saídas Cirúrgicas Obstétricas	72
	Saídas Psiquiátricas	17
	Cirurgias Eletivas Adulto	110
CIRURGIAS	Cirurgias Eletivas Pediátrica	13
	Cirurgias Oftalmológicas	200
HOSPITAL DIA	Partos	72
	Pequenos Procedimentos	20
	Atendimentos Oftalmológicos*	200
ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS	Consultas Médicas	1750
	Consultas Multiprofissional	1300
	Eletrocardiograma	150
	Raio X	300
SADT EXTERNO	Tomografia	100
	Ultrassom Convencional	80
	Ultrassom Doppler	60
	Análise Clínica	1200

\*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 precificar tanto o procedimento quanto o leito dia.

1.4. As modalidades de atividade assistenciais 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\$56.298.322,56** (cinquenta e seis milhões, duzentos e noventa e oito mil trezentos e vinte e dois reais e cinquenta e seis 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\$9.383.053,76** (nove milhões, trezentos e oitenta e três mil cinquenta e três reais e setenta e seis centavos).

1.10. Do montante global estimado, a **parte fixa, 90% (noventa por cento)**, corresponde ao valor de

**R\$8.444.748,38** (oito milhões, quatrocentos e quarenta e quatro mil setecentos e quarenta e oito reais e trinta e oito centavos) , 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*	50%
Cirurgias	24%
Hospital Dia	2%
Atendimento Ambulatorial	4%
SADT Externo	1%
Pronto Atendimento**	19%
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) **50%** (cinquenta por cento) do valor, correspondente a **R\$4.222.374,20** (quatro milhões, duzentos e vinte e dois mil trezentos e setenta e quatro reais e vinte centavos), relativo ao custeio das despesas com internações hospitalares: saídas da clínica médica, cirúrgica, pediátrica, obstétrica e psiquiátrica.

b) **24%** (vinte e quatro por cento) do valor, correspondente a **R\$2.026.739,61** (dois milhões, vinte e seis mil setecentos e trinta e nove reais e sessenta e um centavos), correspondem ao custeio das despesas com cirurgias, cirurgias oftalmológicas e partos.

c) **2%** (dois por cento) do valor, correspondente a **R\$168.894,96** (cento e sessenta e oito mil oitocentos e noventa e quatro reais e noventa e seis centavos), correspondem ao custeio das despesas com o leito dia: pequenos procedimentos e atendimentos ambulatoriais.

d) **4%** (quatro por cento) do valor, correspondente a **R\$337.789,93** (trezentos e trinta e sete mil setecentos e oitenta e nove reais e noventa e três centavos), correspondem ao custeio das despesas com consultas médicas e multiprofissionais na atenção especializada.

e) **1%** (um por cento) do valor, correspondente a **R\$84.447,48** (oitenta e quatro mil quatrocentos e quarenta e sete reais e quarenta e oito centavos), relativo ao custeio das despesas com SADT Externo: Eletrocardiograma, Raio X, Tomografia, Ultrassom Convencional, Ultrassom Doppler e Análise Clínica

f) **19%** (dezenove por cento) do valor, correspondente a **R\$1.604.502,20** (um milhão, seiscentos e quatro mil quinhentos e dois reais e vinte centavos), relativo ao custeio das despesas com atendimentos de urgência e emergência, referentes a 100% do atendimento da demanda.

1.12. Do montante global estimado, a parte variável 10% (dez por cento) corresponde ao valor de **R\$938.305,38** (novecentos e trinta e oito mil trezentos e cinco reais e trinta e oito centavos) mensal, 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 (TOH)	≥85 %

Taxa Média/Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMP)	≤5 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 22
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	< 20%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas )	< 5%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS (exceto por motivo de habilitação e capacidade instalada)	≤ 7%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais	≤ 5%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o primeiro ano	< 50%
Percentual de cirurgias eletivas realizadas com TMAT (Tempo máximo aceitável para tratamento) expirado (↓) para o segundo ano	< 25%
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 Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias	≥ 80%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Investigadas Oportunamente - até 48 horas da data da notificação	≥ 80%
Percentual de partos cesáreos	≤15%
Taxa de Aplicação da Classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea	100%

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

1.13.1. **90% (noventa por cento)** corresponde à parte fixa e serão repassados em **parcelas mensais**, no valor de **R\$8.444.748,38** (oito milhões, quatrocentos e quarenta e quatro mil setecentos e quarenta e oito reais e trinta e oito centavos), vinculados às metas de produção;

1.13.2. **10% (dez por cento)** corresponde à parte variável e serão repassados **mensalmente** junto com as parcelas da parte fixa, no valor estimado de **R\$938.305,38** (novecentos e trinta e oito mil trezentos e cinco reais e trinta e oito centavos) , vinculado à avaliação dos indicadores de desempenho e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo.

1.14. O valor mensal total de cada parcela está fixado em **R\$9.383.053,76** (nove milhões, trezentos e oitenta e três mil cinquenta e três reais e setenta e seis centavos).

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

#### Cronograma de Desembolso Financeiro

Mês	Valor
1	R\$9.383.053,76
2	R\$9.383.053,76
3	R\$9.383.053,76
4	R\$9.383.053,76
5	R\$9.383.053,76
6	R\$9.383.053,76
<b>Total</b>	<b>R\$56.298.322,56</b>

1.16. 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 Jatá Dr. Serafim de Carvalho**.

1.17. 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 Jatá Dr. Serafim de Carvalho**.

1.18. 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.

1.19. 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.

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

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

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

1.21. 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.

1.22. 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.

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

1.24. 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**.

1.25. 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.

1.26. 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.

1.27. 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.

1.28. 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.

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

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

1.31. 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.

1.32. 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).

1.33. 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.

1.34. 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.

1.35. 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
<b>Internações Hospitalares Peso 50%</b>	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
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
<b>Cirurgias Peso 24%</b>	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
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
<b>Hospital Dia Peso 2%</b>	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
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
<b>Atendimento Ambulatorial Peso 4%</b>	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
	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado à atividade de atendimento ambulatorial
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos



	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento 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
<b>SADT Externo</b>	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
<b>Peso 1%</b>	Entre 70% e 79,99% do volume contratado	80% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menor que 70% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
<b>Pronto Socorro</b>	-	100% do peso percentual do pronto socorro
<b>Peso 19%</b>		

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

2.2.1. Os valores percentuais apontados no **Item III 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:

$$PCM = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

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 DESEMPENHO
≥100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
<40%	0

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

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

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 10 dias do mês de maio de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **PEDRO DE AQUINO MORAIS JUNIOR, Superintendente**, em 15/05/2023, às 11:18, 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 **ROBERTA LEO MESQUITA, Gerente**, em 15/05/2023, às 11:54, 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 **CARITA CRISTINA MARGARIDA FIGUEIREDO DE CASTRO, Gerente**, em 15/05/2023, às 12:22, 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 15/05/2023, às 12:22, 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 **PAULA DOS SANTOS PEREIRA, Superintendente**, em 15/05/2023, às 13:55, 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 **RAFAELA JULIA BATISTA VERONEZI, Superintendente**, em 15/05/2023, às 14:31, 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, Coordenador (a)**, em 15/05/2023, às 15:59, 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](http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1) informando o código verificador **47560256** e o código CRC **C783AD94**.

GERÊNCIA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DE CONVÊNIOS E UNIDADES DE  
GESTÃO DIRETA

RUA SC-01 299, S/C - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - GOIANIA - GO - CEP 74860-270 - (62)3201-4988.



Referência: Processo nº 202000010023569



SEI 47560256