



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: 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; a descrição de metas a serem atingidas e de atividades ou projetos a serem executados; previsão de receitas e de despesas a serem realizadas na execução das atividades ou dos projetos abrangidos pela parceria; a forma de execução das atividades ou dos projetos e de cumprimento das metas a eles atreladas; e 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**, localizado à Rua Joaquim Caetano, nº 1876, Divino Espírito Santo, CEP: 75.804-040, Jataí - GO, por um período de 08 (oito) 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 PACTUAÇÃO

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 necessária, 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;

2.5 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.

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

2.7 Além da expertise, a FUNDAHC foi a entidade expressamente designada, pela Lei nº 20.795, de 10 de junho de 2020, para a transferência de recursos financeiros com a finalidade de formalização da parceria que tenha por objeto o gerenciamento, a operacionalização e a execução das atividades de saúde pública em unidade estadual, que, no caso, será o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho, cuja gestão foi transferida para a Secretaria de Estado da Saúde (Resolução nº 027/2020-CIB), atenderá aproximadamente o quantitativo de 722.505 mil habitantes, situado na Macrorregião Sudoeste, 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.

2.8 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.

2.9 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.

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

- I - 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;
- II - Agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;
- III - 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;
- IV - Agilidade na tomada de decisões.

2.11 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 alcançadas, os indicadores de desempenho e os processos de monitoramento, fiscalização e avaliação.

2.12 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 Termo de Colaboração. 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).

2.13 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.

2.14 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.

2.15 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.

2.16 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 pactuado 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, 08 (oito) 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 08 (oito) meses, com início em 30 de março de 2024 e término em 30 de novembro de 2024, ou até a conclusão do Chamamento Público, 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 Anexo IV – Estimativa de Custeio e Anexo V - 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:

I - O valor mensal de custeio é de **R\$ 9.482.037,80 (nove milhões, quatrocentos e oitenta e dois mil trinta e sete reais e oitenta centavos)**.

II - Para a vigência total do Aditivo o valor estimado é de **R\$ 75.856.302,40 (setenta e cinco milhões, oitocentos e cinquenta e seis mil trezentos e dois reais e quarenta centavos)** para o período de **8 (oito) meses**.
- 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 8 (oito) parcelas mensais, conforme descrito no Anexo Técnico V – 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**;

IV - 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 ilícitamente 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 termo de colaboração 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 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 termo de colaboração 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 termo de colaboração, 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 anual.	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
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.

LUCIANO DE MOURA CARVALHO
Subsecretário de Vigilância e Atenção Integral à Saúde

PEDRO DE AQUINO MORAIS JÚNIOR
Superintendente de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios

Aprovado por:

RASIVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR
Secretário de Estado da Saúde

ANEXO Nº I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS/2023 - HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO - (HEJ)

Este anexo constitui parte integrante do presente Ajuste e acrescenta cláusulas específicas para Termos de Colaboração celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução, monitoramento, avaliação e fiscalização do Termo de Colaboração e prestação dos serviços descritos. O Anexo I está dividido em três segmentos: **Especificações Técnicas e Descritivo de Serviços**, os quais normatizam a execução da parceria na área da saúde; **Metas de produção**, que definem as premissas técnicas de execução e estabelecem metas quantitativas; e **Indicadores e Metas de Qualidade/Desempenho**, que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos de gestão da Unidade.

1. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

1.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1.1. Adedir e alimentar o(s) sistema(s) de informação a ser(em) disponibilizado(s) pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle, avaliação e fiscalização de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

1.1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros dos procedimentos da Tabela SUS realizados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) através das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, garantindo que todos os procedimentos lançados no sistema de gestão hospitalar sejam registrados de forma integral nos sistemas ministeriais;

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

1.1.3. 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 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

1.1.4. 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 estabelecimento de saúde. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas até às 10h (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

1.1.5. 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;

1.1.6. 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;

1.1.6.1. É vedado às Organizações da Sociedade Civil 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;

1.1.6.2. O **PARCEIRO PRIVADO** só poderá fazer uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites, eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás, mediante a autorização prévia da Secretaria Estadual de Saúde.

1.1.7. 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;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.13. 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;

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

- I - Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e responsabilizar-se pelos arquivos, considerando os prazos previstos em lei, inclusive dos prontuários produzidos anteriores a sua gestão;
- II - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- III - Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital;
- IV - Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto nesta Parceria;
- V - Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH;
- VI - Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- VII - Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- VIII - Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;
- IX - Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;
- X - Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes, idosos e nos demais casos previstos em legislações específicas;
- XI - Garantir atendimento equânime aos usuários;
- XII - Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;
- XIII - Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR/Estabelecimento de Saúde", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:
 - a) Nome do usuário;
 - b) Data de nascimento do usuário;

- c) Nome da mãe;

d) Nome do Hospital/Estabelecimento de Saúde;

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

f) Motivo da internação (CID-10);

g) Data de admissão e data da alta;

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

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

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

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

l) Arquivar ou indexar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei;
- 1.1.15. Fazer contato prévio via e-mail e/ou telefone com o coordenador da Atenção Primária à Saúde - APS do município de origem do paciente, para informar a previsão ou confirmação da alta, encaminhando documento de alta com as devidas orientações para prosseguimento no atendimento, sempre que necessário e providências quanto ao transporte em tempo hábil;

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

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

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

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

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

1.1.20. Executar anualmente uma auditoria independente, para que a mesma ateste a confiabilidade da Pesquisa de Satisfação aplicada pela unidade através do Serviço de Atendimento ao Usuário/Ouvidoria. Após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada;

1.1.21. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei Estadual nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, e em conformidade com a legislação federal e estadual correlata;

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

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

1.1.24. 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;

1.1.25. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos desta Parceria;

1.1.26. 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 a Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;

1.1.27. 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 do MS/2017, Portaria n° 1619/2020 SES-GO e Portaria n° 1559/2022, que institui a Política de Regulação do Sistema Único de Saúde, atentando-se também à Nota Técnica n° 1/2022 - SES/SCRS, que trata do Dimensionamento de Pessoal atuando exclusivamente no NIR, e suas alterações;

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

1.1.27.2. 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;

1.1.27.3. A estrutura mínima funcional do NIR deverá atender às especificações da Portaria n° 1619/2020 - SES e da Nota Técnica n° 01/2022 - SES, ou outra(s) que venha(m) modificá-la(s) ou substituí-la(s);

1.1.27.4. 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.

1.1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas, Comitês, Equipes, Núcleos e Serviços:

I - Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

II - Comissão de Verificação de Óbitos;

III - Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil;

IV - Comissão de Ética Médica;

V - Comissão de Ética Multiprofissional;

VI - Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCRAS);

VII - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);

VIII - Comissão de Farmácia e Terapêutica;

IX - Comissão de Documentação Médica e Estatística;

X - Comissão de Proteção Radiológica;

XI - Comissão de Biossegurança;

XII - Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;

XIII - Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT);

XIV - Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);

XV - Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

XVI - Comitê Transfusional;

XVII - Comitê de Compliance;

XVIII - Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;

XIX - Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);

XX - Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);

XXI - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT).

1.1.28.1. Quando o "ANEXO II - Ensino e Pesquisa" indicar a existência de Residência Médica e/ou Residência Multiprofissional, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá possuir e manter em pleno funcionamento a Comissão de Residência Médica (COREME) e/ou a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), além das estabelecidas no Item 1.1.28;

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

1.1.28.3. Em estabelecimentos de saúde com menos de 50 (cinquenta) leitos, poderá ser avaliado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme legislações vigentes, a flexibilização das comissões clínicas, comitês, equipes, núcleos e serviços acima listados;

1.1.29. 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 2743/2022 e Portarias GM/MS nº 1963/2021 e 1964/2021. Deverá executar as ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, atendendo aos seguintes requisitos:

1.1.29.1. Contar com equipe técnica específica composta por:

I - 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;

II - 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

III - 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;

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

1.1.29.3. 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

5 of 29

04/02/2025, 16:47

(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;

- 1.1.29.4. Garantir a participação de integrante do NHE nos Comitê de Investigação de casos e óbitos sempre que demandados (Vigilância municipal e estadual);
- 1.1.29.5. 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;
- 1.1.29.6. Indicar representantes do NHE para participar de eventos, cursos, treinamentos e reuniões quando convidados pela SMS e SES;
- 1.1.29.7. Submeter-se às normas e rotinas estabelecidas pela Coordenação Estadual dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e RENAVEH (Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar);
- 1.1.29.8. 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>;
- 1.1.29.9. 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.
- 1.1.30. 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;
 - 1.1.30.1. 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;
- 1.1.31. 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;
- 1.1.32. Proporcionar condições de infraestrutura predial e controle de qualidade do ar em ambientes climatizados. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá implantar e manter durante a vigência desta Parceria, 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 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° 9/ANVISA, de 16 de janeiro de 2003, e as demais resoluções;
- 1.1.33. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, manter durante a vigência desta Parceria um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a unidade de saúde conforme a Resolução RDC n° 509/2021, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;
- 1.1.34. 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 do **PARCEIRO PRIVADO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;
- 1.1.35. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da RDC 611/ANVISA, de 09 de março de 2022, bem como a NBR ISO 17025;
- 1.1.36. 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;
- 1.1.37. Prover programa de manutenção preventiva para sistemas de proteção e combate a incêndios e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC);
- 1.1.38. 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 cardiocirratória 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, n° 3.490, de 12/11/2010 e 1.032, de 04/05/2011;
- 1.1.39. 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:
 - I - Óbitos por Morte Encefálica: N° de óbitos por morte encefálica, N° de notificações de óbitos por morte encefálica, N° de doações efetivas de múltiplos órgãos;
 - II - Óbitos (exceto Morte encefálica): N° de óbitos, N° de notificações de óbitos, N° de doações efetivas de tecidos, N° de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos.
- 1.1.40. 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:
 - I - Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
 - II - Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;
 - III - Lei n° 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País;
 - IV - Lei n° 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;
 - V - Lei estadual n° 18.025, de 22 de maio de 2013, dispõe sobre o acesso a informações e a aplicação da Lei federal n° 12.527, de 18 de novembro de 2011, no âmbito do Estado de Goiás, institui o serviço de informação ao cidadão e dá outras providências;
 - VI - Norma Regulamentadora MTE n° 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, aprovada pela Portaria GM/MT n.º 485, de 11 de novembro de 2005;
 - VII - Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida, disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_investigacao_obito.pdf, ou publicação que venha a substituí-lo;
 - VIII - Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, Ministério da Saúde, 2017, ou publicação que venha a substituí-lo;
 - IX - Nota Técnica SES/SCRS n° 1/2022, que trata do Dimensionamento de recursos humanos atuando exclusivamente no Núcleo Interno de Regulação das unidades de saúde sob gestão e regulação estadual;
 - X - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), ou programa/publicação que venha a substituí-lo;
 - XI - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), ou programa/publicação que venha a substituí-lo;
 - XII - Política de Educação Permanente (PNEPS), que define critérios e parâmetros para formação e o desenvolvimento de profissionais e trabalhadores do SUS;
 - XIII - Portaria SES/GO n° 342, de 24 de fevereiro de 2022, que institui o Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS), no âmbito da SES/GO, para fins de monitoramento, avaliação e fiscalização dos ajustes firmados com entidades conveniadas e do terceiro setor, e suas alterações posteriores;
 - XIV - Portaria GM/MS n° 3.418, de 31 de agosto de 2022, altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS n° 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;
 - XV - Portaria GM/MS n° 1.693, de 23 de julho de 2021, Institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH);
 - XVI - Portaria GM/MS n° 1.694, de 23 de julho de 2021, Institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh);
 - XVII - Portaria SES/GO n° 2.743, de 29 de novembro de 2022, que Institui a Rede de Vigilância Epidemiológica nas Unidades de Saúde da Atenção Secundária e Terciária no Estado de Goiás e dá outras providências;
 - XVIII - Portaria SES/GO n° 1.619, 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;
 - XIX - Portaria de Consolidação SAES/MS n° 1, de 22 de fevereiro de 2022 - Consolidação das normas sobre atenção especializada à saúde - Título II, Capítulo I, Seção III - Da Habilitação de Estabelecimentos de Saúde na Alta Complexidade em Oncologia;
 - XX - Portaria SES/GO n° 1.046, 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;
 - XXI - Portaria de Consolidação GM/MS n° 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 e Capítulo I - Seção XII - Do Financiamento para o Custeio das Atividades Relacionadas ao Processo Transaxualizador;
 - XXII - Portaria de Consolidação GM/MS n° 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; Capítulo VIII - Da Segurança do Paciente; e Capítulo XIII - Seção I-A - Da Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis;
 - XXIII - Portaria de Consolidação GM/MS n° 4 de 28 de setembro de 2017, que trata da Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem Portaria GM/MS n° 204/2016, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências;
 - XXIV - Portaria de Consolidação GM/MS n° 3, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Anexo VI (Origem Portaria GM/MS n° 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;
 - XXV - Portaria de Consolidação GM/MS n° 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); XXVI - Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde; XXXI (Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade); XXXII (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica) e Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXIV Procedimentos de Atendimento em Regime de Hospital Dia;
 - XXVI - Portaria de Consolidação GM/MS n° 1, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, com ênfase aos Capítulos VI - Seção I - Da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e Seção II - Da Vigilância dos Óbitos Maternos;
 - XXVII - RDC ANVISA n° 611, de 09 de março de 2022, que estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamenta o

controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas;

XXVIII - 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;

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

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

XXXI - 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;

XXXII - 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);

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

XXXIV - 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;

XXXV - 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;

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

XXXVII - 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;

XXXVIII - Resolução CFF nº 354/2000 que dispõe sobre a assistência farmacêutica em atendimento pré-hospitalar e as urgências/emergências;

XXXIX - Resolução - RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004, que aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica;

XL - RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009 que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

XLI - RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007 que dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias.

XLII - Resolução CFF nº 585/2013 que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências;

XLIII - Resolução CFF nº 619/2015 que dá nova redação aos artigos 1º e 2º da Resolução CFF nº 449/2006, que dispõe sobre as atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica;

XLIV - RDC nº 430, de 8 de outubro de 2020 que dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos.

XLV - RDC nº 509, de 27 de maio de 2021 que dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde.

XLVI - RDC ANVISA Nº 45/2003 que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde;

XLVII - Portaria MS/SAS Nº 1.017/2002 que estabelece que as farmácias hospitalares e/ou dispensários de medicamentos existentes nos hospitais integrantes do SUS deverão funcionar obrigatoriamente, sob a responsabilidade técnica de profissional farmacêutico devidamente inscrito no respectivo Conselho Regional de Farmácia;

XLVIII - Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002 que Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

XLIX - Portaria MS/SVS Nº 272/1998 que aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral;

L - Portaria nº 4.283, de 30 de dezembro de 2010 que aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais.

LI - Portaria nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998 que traz diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares.

LII - Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998 que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

LIIL - RDC ANVISA Nº 80/2006 que dispõe sobre o fracionamento de medicamentos em farmácias e drogarias;

LIV - Lei nº 13.021/2014 que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

LV - Lei nº 5.991/1973 que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências;

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

1.1.41. 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;

1.1.42. 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 Termos de Colaboração firmados, de acordo com Portaria SES/GO nº 1.046, de 03 de dezembro de 2019;

1.1.42.1. O Prontuário Único do Paciente será obrigatório, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todos devidamente escritos de forma clara e precisa, datados e assinados pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam).

1.1.42.2. Fazer uso de um Sistema de Gestão Hospitalar (SGH) que tenha um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) conforme a Portaria acima mencionada;

1.1.42.3. 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 Termos de Colaboração firmados;

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

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

1.1.43.1. 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;

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

1.1.43.3. Comprometer-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. Todos as imagens e laudos deverão ser enviadas para o sistema PACS/RIS da SES-GO, nos padrões definidos pela SES-GO;

1.1.43.4. 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 do **PARCEIRO PRIVADO** 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;

1.1.43.5. 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;

1.1.43.6. 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;

1.1.43.7. 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.

1.1.44. Quanto à assistência hemoterápica/hematológica deverá:

1.1.44.1. 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;

1.1.44.2. Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO (unidade de comando e direção da política estadual).

1.1.44.3. 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.

1.1.44.4. 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 Pactuação 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;

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

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

1.1.44.7. Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantia da segurança transfusional.

1.1.44.8. Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade e conforme definir a SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.

1.1.44.9. Executar os procedimentos necessários para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionem a unidade.

- 1.1.44.10. Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES e sob sua responsabilidade.
- 1.1.44.11. Oferecer assistência ambulatorial complementar (exceto em unidades que não tenham atendimento ambulatorial) às pessoas portadoras de doença falciforme, outras hemoglobinopatias e coagulopatias, com estrutura para realização dos procedimentos terapêuticos definidos nos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.
- 1.1.44.12. Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência hemoterápica/hematológica contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.
- 1.1.44.13. 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.
- 1.1.44.14. Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.
- 1.1.44.15. Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar ou participar do Comitê Transfusional do serviço fornecedor de Hemocomponentes.
- 1.1.44.16. Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.
- 1.1.44.17. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos a serem realizados.
- 1.1.44.18. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.
- 1.1.44.19. Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.
- 1.1.44.20. Possuir programa de qualidade que contemple a assistência hemoterápica, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresentá-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.
- 1.1.44.21. Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço fornecedor de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede/GAE/SPAIS/SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SES-GO.
- 1.1.45. Deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.
- 1.1.46. Dispor de estrutura física adequada e compatível com os serviços de farmácia hospitalar o qual deverá desenvolver atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação de medicamentos e correlatos e ações relacionadas a gestão clínica do medicamento (ações assistenciais), de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva;
- 1.1.47. Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA e conforme as diretrizes do SUS;
- 1.1.48. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;
- 1.1.49. 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;
- 1.1.50. Atender as normativas federais para recebimento de recursos dessa natureza, conforme orientações próprias contidas em Portarias Ministeriais e em concordância com orientações e normativas da SES-GO;
- 1.1.51. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes aos bloqueios judiciais aplicados ao **PARCEIRO PÚBLICO**, quanto ao não cumprimento dos prazos estabelecidos de respostas das demandas judiciais e/ou administrativas, caso o descumprimento seja decorrente da inobservância do prazo pelo PARCEIRO PRIVADO, mediante notificação prévia do mesmo.

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS PACTUADOS

- 2.1. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia;
- 2.2. 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;
- 2.3. As equipes médica e multidisciplinar deverão ser disponibilizadas em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrados nos Conselhos de Classe pertinentes, ensejando que a unidade realize a atividade assistencial quantificada no Termo;
- 2.4. O Serviço de Admissão/Recepção do **PARCEIRO PRIVADO** solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES-GO;
- 2.5. Em caso de hospitalização, o **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos pactuados e do seu perfil assistencial instalado, conforme orientação e determinação da SES-GO;
- 2.5.1. No caso de incompatibilidade de perfil ou quando o número de leitos for insuficiente, o **PARCEIRO PRIVADO** deve solicitar as transferências externas por meio da Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, informando na ficha de solicitação todos os dados necessários ao processo regulatório, tais como: resumo clínico fidedigno; exames pertinentes ao CID; tipo de leito de acordo com o CID; tipo de precaução estabelecida; atentando-se para eventuais mensagens/informações enviadas pela mesa reguladora via sistema de regulação ou outros meios de comunicação definidos pela SES;
- 2.6. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão efetuados por meio de sistemas de informação de regulação, controle e processamento definidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;
- 2.7. O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber as solicitações da Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora;
- 2.8. O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a encaminhar as remessas de faturamento ambulatorial e o faturamento hospitalar à Secretaria de Estado da Saúde conforme cronograma anual estabelecido e disponibilizado previamente pela Coordenação Estadual de Processamento de Informações/Gerência de Controle e Avaliação/Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação para os e-mails: sia.sesgo@gmail.com; aih.sesgo@gmail.com, impreterivelmente.

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1. Identificação da Unidade

- 3.1.1. **Nome:** Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ);
- 3.1.2. **CNES:** 2535556;
- 3.1.3. **Endereço:** Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo, Jataí - GO
- 3.1.4. **CEP:** 75.804-040;
- 3.1.5. **Tipo de Unidade:** Hospital Geral de esfera pública de média e alta complexidade;
- 3.1.6. **Gerência da Unidade:** Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;
- 3.1.7. **Funcionamento:** 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, sendo devidamente referenciado pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação.
- 3.2. **Capacidade Instalada**
- 3.2.1. **Estrutura**
- 3.2.1.1. O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ possui edificação térrea e três 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.
- 3.2.1.2. O HEJ possui 128 leitos destinados à internação de pacientes adultos e pediátricos, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 01. Capacidade Atual Instalada do HEJ

DIMENSÃO	QUANTIDADE
UTI Adulto	20 leitos
Enfermaria Adulto Clínico	34 leitos
Enfermaria Obstétrica	11 leitos
Enfermaria Pediátrica	05 leitos clínicos 01 leito cirúrgico
Enfermaria Cirúrgica	45 leitos
Enfermaria Saúde Mental	10 leitos
UCIN	02 leitos

Total	128 leitos
Escritório de gestão de altas	10 Poltronas /Leitos
Centro Cirúrgico (Salas Cirúrgicas)	05*
Centro Cirúrgico (RPA)	04
Consultórios	10
Sala de Estabilização Vermelha	02 leitos
Sala de Estabilização Amarela	04 leitos
Sala de Observação	10 leitos
* 01 sala específica para cirurgias oftalmológicas	

- 3.2.1.3. A distribuição da estrutura física poderá ser adequada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, sempre com anuência prévia do **PARCEIRO PÚBLICO**, considerando-se a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.
- 3.3. **Perfil da Unidade**
- 3.3.1. O Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ) é uma unidade de Assistência 24 horas, com atendimentos de demanda espontânea para Obstetrícia, assim como demanda regulada pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, sendo referência para todo o Estado de Goiás, em Média e Alta Complexidade nos serviços abaixo apresentados.
4. **DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS**
- 4.1. **Linhas de Serviços**
- 4.1.1. Para o funcionamento do HEJ serão consideradas as seguintes linhas de serviços:
- 4.1.1.1. **Internação**

I - Saídas de Clínica Médica;

II - Saídas Cirúrgicas;

III - Saídas Pediátricas;

IV - Saídas Cirúrgicas Pediátricas;

V - Saídas Obstétricas;

VI - Saídas Saúde mental;

VII - Internações em leitos de UTI adulto (não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas);

VIII - Internações em leitos de UCIN (não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas).
- 4.1.1.2. **Cirurgia Eletiva Ambulatorial**

I - Cirurgias oftalmológicas que não necessitem de internação.
- 4.1.1.3. **Cirurgias Eletivas**

I - Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro;

II - Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade;

III - Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo.
- 4.1.1.4. **Atendimento Ambulatorial:**

I - Consulta médica na atenção especializada realizadas em ambulatório;

II - Consulta multiprofissional na atenção especializada realizadas em ambulatório;

III - Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.
- 4.1.1.5. **SADT Externo:**

I - Biópsia de tireóide (PAAF);

II - Endoscopia;

III - Tomografia Computadorizada com e sem contraste;

IV - Ultrassonografia Convencional;

V - Ultrassonografia Doppler.
- 4.1.1.6. **Serviço de Urgência/Emergência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Interno**

I - O Serviço de Urgência/Emergência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário internado, quando da admissão hospitalar, e deverá informar mensalmente a produção realizada, via Sistema de Gestão Hospitalar e garantir a informação também no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).
- 4.1.1.7. **Escritório de Gestão de Alta**
- 4.2. **Assistência Hospitalar**
- 4.2.1. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí **todos** os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME);
- 4.2.2. A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos pactuados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento;
- 4.2.3. Em casos de pacientes **fora do perfil** da unidade, encaminhados para avaliação pela mesa reguladora, devido a urgência/emergência do quadro clínico, o **PARCEIRO PRIVADO**, por meio do NIR, após avaliação e estabilização do paciente, poderá proceder a solicitação de transferência por meio do sistema de regulação estadual, para as demais unidades especializadas da rede com o respectivo perfil, devendo o NIR atentar para o correto preenchimento da AIH - Autorização de Internação Hospitalar pelo médico assistente ou plantonista inserindo os exames pertinentes ao diagnóstico.
- 4.2.3.1. Em caso de doenças de notificação compulsória, encaminhar-se-á simultaneamente a cópia da ficha de notificação, devidamente preenchida.
- 4.2.4. No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

I - Assistência por equipe médica especializada;

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

III - Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;

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

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

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

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

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

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

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

XI - Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;

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

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

- quais dão direito à presença de acompanhante;

XIV - Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000), assim como qualquer outra situação especial assegurada por lei;

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

XVI - Sangue e hemoderivados;

XVII - Fornecimento de enxoval;

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

XIX - Garantir 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;

XX - Transporte inter-hospitalar para acesso a cuidados especializados e diagnósticos, em todos os níveis de complexidade, independente da distância.
- 4.2.5. A assistência hospitalar envolve a disposição de equipe de profissionais para atuarem no processo de desospitalização.

4.3. Da equipe multiprofissional

4.3.1. A Unidade Hospitalar deverá assegurar minimamente a assistência multiprofissional aos pacientes internados nas seguintes especialidades:

- I - Assistente Social;
- II - Bucomaxilofacial;
- III - Enfermagem;
- IV - Farmácia;
- V - Fisioterapia;
- VI - Fonoaudiologia;
- VII - Nutrição;
- VIII - Psicologia; e
- IX - Terapia Ocupacional.

4.4. Atendimento às Urgências Hospitalares

- 4.4.1. A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências e atende a demanda que lhe é referenciada conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24hs.
- 4.4.2. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas em situações de urgência e emergência; referenciadas por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); serviços de resgates e encaminhados de forma referenciada pela Regulação Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde .
- 4.4.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, **encaminhando** pacientes de outras especialidades ou em situação não urgente às demais unidades de saúde por meio do instrumento de referência e contra-referência e/ou pela Regulação Estadual.
- 4.4.4. Para efeito de produção pactuada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.
- 4.4.5. Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).
- 4.4.6. Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega destes resultados não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.
- 4.4.7. Mediante solicitação e validação da Gerência de Regulação de Internações, o **PARCEIRO PRIVADO** ofertará atendimento de urgência e emergência das especialidades que possui regularmente em ambulatório para atendimento de avaliações, emissão de pareceres ou até mesmo para investigação e diagnóstico, em seus respectivos leitos de internação conforme disponibilidade e/ou pronto socorro.

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

Especialidades iniciais para porta de entrada (urgência) para o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ)
Bucomaxilofacial
Cirurgia Geral
Clínica Médica
Ortopedia e Traumatologia
Obstetria
Neurologia
Pediatria
Urologia

- 4.4.8. Para as especialidades de Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Torácica, Vascular e Psiquiatria deverão ser asseguradas a oferta de parecer, conforme a demanda/necessidade.
- 4.5. Atendimento Ambulatorial
- 4.5.1. Consultas Especializadas
- 4.5.1.1. 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 Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, respeitando-se o limite da capacidade operacional do ambulatório;
- 4.5.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará a agenda à Regulação Estadual conforme sua carteira de serviços. No entanto, para efeito de acompanhamento de metas, serão consideradas as consultas efetivamente realizadas/executadas;
- 4.5.1.3. As consultas ambulatoriais compreendem:
- 134

I - Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso ;

II - Interconsulta;

III - Consultas subsequentes (retornos).
- 4.5.1.4. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Regulação ao Hospital/Estabelecimento de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade;
- 4.5.1.5. 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;
- 4.5.1.6. 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;
- 4.5.1.7. 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;
- 4.5.1.8. 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;
- 134

I - Para as unidades hospitalares, é vedado o registro de sessões como consultas subsequentes para efeito de composição de metas;
- 4.5.1.9. 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;
- 134

I - As **consultas realizadas pela Enfermagem** deverão ser informadas para monitoramento e atender ao Decreto Lei nº 94.406, 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986,

estabelecendo as etapas desta consulta, quais sejam:

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

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

Quadro 03. Especialidades Médicas iniciais a serem realizadas no Ambulatório do HEJ

Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ)
Angiologia e Cirurgia Vascular
Cardiologia
Cirurgia Geral
Cirurgião Pediátrico
Dermatologia
Ginecologia
Infectologia (VVS)
Obstetrícia (egresso)
Oftalmologia
Ortopedia e Traumatologia
Otorrinolaringologia adulto e pediátrica
Pediatria (egresso)
Psiquiatria
Urologia

Quadro 04. Especialidades em Área Profissional iniciais a serem realizadas no Ambulatório do HEJ

Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ)
Bucomaxilofacial - egresso
Enfermagem - egresso
Farmácia
Fisioterapia - egresso
Fonoaudiologia
Nutricionista - egresso
Psicologia
Serviço social - egresso
Terapia Ocupacional - egresso

4.5.1.11. Em situações excepcionais, mediante solicitação e validação da Gerência de Regulação de Internações, o **PARCEIRO PRIVADO** ofertará atendimento de urgência e emergência das especialidades que possui regularmente em ambulatório para atendimento de avaliações, emissão de pareceres ou até mesmo para investigação e diagnóstico, em seus respectivos leitos de internação conforme disponibilidade.

4.5.1.12. O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais) bem como os tipos de consultas (primeira e ou egresso/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 identificadas pela SES-GO;

4.5.1.13. A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será constantemente pela Regulação Estadual. Assim, sempre que necessário, o **PARCEIRO PÚBLICO** solicitará modificações com relação às especialidades ofertadas e/ou tipos de consultas, o que será cumprido pelo **PARCEIRO PRIVADO** em até 45 dias;

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

4.6. **Cirurgias Eletivas**

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

4.6.2. 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;

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

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

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

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

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

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

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

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

4.6.2.5. Os pacientes para acesso à cirurgia eletiva deverão ter como única porta de entrada a consulta ambulatorial **referenciada** pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, na mesma especialidade da cirurgia eletiva ou dentro da mesma linha de cuidado para o qual o paciente foi regulado (a);

4.6.2.6. 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;

4.6.2.7. 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 da demanda da Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação;

4.6.2.8. 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 de Regulação, Controle e Avaliação;

4.6.2.9. A Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação revisará periodicamente a demanda reprimida da fila de espera para cirurgias eletivas e poderá encaminhar para a Unidade para oferta de vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade da SES-GO, sem que, entretanto, ultrapasse o total de cirurgias previstas neste Termo e disponibilizadas no mês;

4.6.2.10. A Regulação Estadual revisará periodicamente a demanda reprimida da fila de espera para cirurgias eletivas e poderá encaminhar para a Unidade para oferta dessas vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade da SES-GO, sem que, entretanto, ultrapasse o total de cirurgias previstas neste Termo e disponibilizadas no mês;

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

I - 60% das cirurgias ofertadas, serão destinadas à realização de cirurgias eletivas de alto giro;

II - 30% das cirurgias ofertadas, serão destinadas à realização de cirurgias eletivas de média ou alta complexidade;

III - 10% das cirurgias ofertadas serão destinadas à realização de cirurgias eletivas de alta complexidade e alto custo.

4.6.2.12. As unidades que não ofertam em sua carteira de serviços as cirurgias de alta complexidade, deverão distribuir a realização dos procedimentos entre as cirurgias de média complexidade e alto giro,

4.6.2.13. A Regulação Estadual poderá a qualquer tempo solicitar alteração nestes percentuais cirúrgicos, a depender da fila de espera no sistema de Regulação.

Quadro 05. Especialidades iniciais para cirurgias eletivas a serem realizados no HEJ

Especialidades para cirurgias eletivas a serem oferecidas inicialmente no Hospital Estadual de Jataí
Bucomaxilofacial
Cirurgia Geral Adulto
Cirurgia Pediátrica
Cirurgia Vascular
Ginecologia
Oftalmologia
Ortopedia e Traumatologia
Otorrinolaringologia
Urologia

- 4.7. **Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT Externo**
- 4.7.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo envolve o conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico, que será disponibilizado à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos regulados pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação;
- 4.7.2. O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, no limite da capacidade operacional do SADT;
- 4.7.3. Os Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo a serem ofertados são:

Quadro 06. Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT Externo a serem realizados no HEJ

Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo
Biópsia de tireóide (paaf)
Endoscopia Digestiva
Tomografia Computadorizada com e sem contraste
Ultrassonografia Convencional
Ultrassonografia Doppler

- 4.7.4. O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar o serviço de imagenologia para os usuários da unidade, bem como àqueles da Rede Assistencial de acordo com fluxos estabelecidos pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, no limite da capacidade operacional dos aparelhos de imagem existentes;
- 4.7.5. Os exames a serem ofertados/executados dependerão da disponibilidade do recurso/equipamento, o que poderá ocorrer por locação/comodato ou outra forma de pactuação devidamente autorizada.
- 4.8. **Serviços de Apoio**
- 4.8.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico, será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação na Unidade, SADT Interno, deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente.
- 4.8.2. Serviços de Farmácia

4.8.2.1. O Hospital deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica ofertando consulta farmacêutica no atendimento do usuário na farmácia ambulatorial, quando houver, e implantando o serviço de farmácia clínica na instituição.

4.8.2.2. Deve realizar atendimento 24 horas, sete dias por semana e contar com assistência de farmacêutico durante todo seu horário de funcionamento.

4.8.2.3. Poderá adotar sistema de distribuição de medicamentos misto, devendo priorizar a utilização do sistema de distribuição unitário desde que possua estrutura física adequada para a utilização deste ou sistema de distribuição individualizado. O sistema a ser utilizado deve considerar economicidade e segurança do paciente.

4.8.2.4. A aquisição de medicamentos deve passar por validação técnica de profissional farmacêutico que precisa verificar e registrar para cada medicamento a ser adquirido, minimamente: registro válido e adequado as finalidades junto a ANVISA; autorização de funcionamento do fornecedor adequada a finalidade junto a ANVISA; alvará sanitário do fornecedor.

4.8.2.5. O **PARCEIRO PRIVADO** só poderá utilizar produtos farmacêuticos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e deverá manter um estoque suficiente para assegurar os tratamentos prescritos, não se admitindo falta de medicamentos e insumos que venham prejudicar e comprometer a assistência dispensada aos usuários. É vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas.

4.8.2.6. A Relação de Medicamentos Padronizados e Relação de Medicamentos de Alta Vigilância da instituição deverá ser definida pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, publicada e disponibilizada a todos colaboradores.

4.8.2.7. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá fornecer medicamentos conforme prescrição médica em quantidade suficiente para atendimento durante o período de internação.

4.8.2.8. O recebimento de medicamentos pela instituição deverá ser supervisionado por profissional farmacêutico e obedecer aos critérios de Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos, sendo imprescindível a utilização de checklist de recebimento para documentação desse processo.

- 4.8.2.9. A Central de Abastecimento Farmacêutico deve contemplar minimamente área de recebimento/expedição, área de armazenagem geral de medicamentos; quarentena (armazenagem de medicamentos reprovados, vencidos, recolhidos, suspeitos de falsificação ou falsificados), área de armazenagem de medicamentos sujeitos ao regime especial de controle, quando aplicável; área de administração.
- 4.8.2.10. Deve implantar sistema de rastreabilidade por lote e validade do recebimento até a administração do medicamento.
- 4.8.2.11. Deve implantar sistema de identificação dos medicamentos com vistas a segurança do paciente, utilizando métodos de diferenciação para os nomes com grafias e sons semelhantes.
- 4.8.2.12. As etiquetas identificadores dos kits de medicamentos devem possuir no mínimo dois identificadores do paciente (por exemplo, nome completo e data de nascimento).
- 4.8.2.13. Deverá haver participação de farmacêutico, minimamente, nas seguintes comissões hospitalares: Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT); Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN); Equipe Multiprofissional de Terapia Antineoplásica (EMTA), se couber; Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS); Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.
- 4.8.2.14. A farmácia deve armazenar os medicamentos termolábeis em câmaras frias adequadas para esse fim, transportá-los em caixas térmicas adequadas e identificá-los quanto a necessidade de refrigeração (etiqueta "manter em geladeira").
- 4.8.2.15. Deve desenvolver e disponibilizar material técnico relacionado a medicamentos para suporte à equipe multiprofissional, dentre eles: Manual de Diluição e Estabilidade; Manual de Interações Medicamentosas; Manual de Administração de Medicamentos por Acessos Enterais, entre outros que se fizerem necessários.
- 4.8.2.16. Deve elaborar e disponibilizar Manual de Boas Práticas e Plano de Gerenciamento da Cadeia Medicamentosa.
- 4.8.2.17. O **PARCEIRO PRIVADO** deve incluir farmacêuticos nas atividades de avaliação e qualificação de fornecedor de medicamentos.
- 4.8.2.18. As atividades da Farmácia Clínica deve contemplar: revisão da farmacoterapia; acompanhamento farmacoterapêutico; conciliação medicamentosa (admissão, transição de cuidado e alta); orientação de alta.
- 4.8.2.19. O registro das atividades de Farmácia Clínica devem ser devidamente realizados em sistema informatizado no prontuário do paciente.
- 4.8.2.20. Todas as prescrições devem ser analisadas por profissional farmacêutico e devem ter seus medicamentos prescritos pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI).
- 4.8.2.21. O **PARCEIRO PRIVADO** deve implantar o serviço de farmacovigilância que deve contemplar a participação ativa de profissional farmacêutico.
- 4.8.2.22. Deve acompanhar, monitorar e propor plano de ação para os indicadores de desempenho do setor.
- 4.8.2.23. A Farmácia Clínica deve participar ativamente do plano terapêutico individualizado.
- 4.8.3. **Serviço de Nutrição e Dietética – SND:** o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada usuário/cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND está proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes/usuários de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional;
- 4.8.4. **Serviço de Lavanderia:** a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade.
- 4.8.5. **Central de Material e Esterilização – CME:** a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.
- 4.8.6. Possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.
- 4.9. **ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTAS**
- 4.9.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá implantar o Escritório de Gestão de Altas (EGA) que realiza interface entre o NIR e a equipe médica e multidisciplinar na unidade, desde a admissão até a alta hospitalar do paciente. Tem por objetivos reduzir risco de infecção, diminuir o tempo de permanência hospitalar, aumentar o giro de leitos, realizar comunicação assistencial mais efetiva, aprimorar a qualidade na assistência, otimizar a utilização dos recursos assistenciais identificando pacientes com maior risco de hospitalização prolongada desde o momento de sua internação.
- 4.10. **FAIXA ETÁRIA E PERFIL DAS UNIDADES**
- 4.10.1. Fica estabelecido que definições de faixa etária e perfil das unidades serão estabelecidos pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde e Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação após avaliação de demanda e necessidade assistencial.
- 4.10.2. Em casos de alterações estabelecidas no item anterior, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir o cumprimento das mesmas no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias.
- 4.10.3. Solicitações de alteração de perfil de atendimento por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverão ser realizadas formalmente para a SPAIS e SUREG para análise e posterior autorização, se couber.
- 4.10.4. Em caso de ausência aparente de definição de faixa etária, o **ESTABELECIMENTO DE SAÚDE** deverá atender os usuários conforme legislação vigente e perfil da unidade.
5. **PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO**
- 5.1. Caso, ao longo da vigência do Termo, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/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 pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;
- 5.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Termo de Colaboração.
6. **PROPOSTAS DE MELHORIAS**
- 6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES-GO, Portaria nº 2.116/2021 e suas alterações subsequentes ou outra norma vigente;
- 6.2. O requerimento de investimento trata-se de uma possibilidade, sendo faculdade da Administração Pública autorizar ou não, conforme critérios de oportunidade, conveniência, a depender de dotação orçamentária, devendo atender a supremacia do interesse público;
- 6.3. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, 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 pelo **PARCEIRO PRIVADO**;
- 6.4. Após aprovação do projeto pela SES-GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários;
- 6.4.1. A proposta só deverá ser inicialmente executada após a autorização expressa do **PARCEIRO PÚBLICO**;
- 6.5. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse;
- 6.6. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do Termo de Colaboração o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**;
- 6.7. O requerimento de investimento com recursos provenientes de emendas parlamentares seguirá o mesmo rito acima especificado.
7. **DA COMUNICAÇÃO**
- 7.1. Considerando a necessidade de comunicação da Secretaria 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;
- 7.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá, pois, manter contato com a Comunicação Setorial da pasta, com vistas à padronização de comunicados, notas, *releases*, estratégias, artes para impressos, vídeos em geral, orientações quanto à identidade visual e relacionamento com a imprensa em geral;
- 7.3. Caberá à Comunicação Setorial orientar e validar as informações externas conforme manuais e instruções;
- 7.4. É responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, na execução dos Termos, 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;
- 7.5. O planejamento de comunicação da unidade de saúde e sua assessoria de imprensa local, deve estar sob a supervisão orientativa da Comunicação Setorial da 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.
- 7.5.1. 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**;
- 7.5.2. É dever do **PARCEIRO PRIVADO** proceder à revisão sistemática das fachadas, totens e letreiros semelhantes adequando-os à atualização necessária e logomarcas oficiais;
- 7.6. É responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO** promover, divulgar e documentar ações de interesse da unidade, junto à imprensa em geral, e outros públicos de interesse, porém compartilhando toda e qualquer mídia produzida/gravada pela unidade, via DVD, juntamente com a prestação de contas, a ser fornecido para efeito de documentação, memória e história;
- 7.7. É dever do **PARCEIRO PRIVADO** proceder à mais eficiente comunicação interna com os pacientes, acompanhantes e familiares lançando mão de técnicas e tecnologias que informem a rotina, alterações, boletins e quaisquer outros enunciados de forma clara e objetiva e a mais acessível que for possível;
- 7.8. As contas das redes sociais quando se referirem às unidades 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.

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

- 8.1. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à Secretaria de Estado da Saúde toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:
- I - Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal;
 - II - Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime diário/mensal;
 - III - Relatório de Custos, em regime mensal;
 - IV - Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outro.
- 8.2. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**;
- 8.3. Em atendimento às determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do **PARCEIRO PÚBLICO**, para garantir o direito constitucional de acesso à informação;
- 8.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter seu estatuto social atualizado, contendo inclusive a informação de quem seja o autorizador de despesa da entidade.
9. **REGRA GERAL - METAS DE PRODUÇÃO**
- 9.1. São apresentados os indicadores e as metas de produção pactuados com o **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ)**, referentes aos serviços assistenciais, conforme monitoramento e necessidade esses indicadores e metas podem ser alterados quando necessário.
- 9.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho (HEJ)**.
- 9.3. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;
- 9.4. 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);
- 9.5. Na medida em que os indicadores forem homologados, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;
- 9.6. Nada obsta, entretanto, que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.
- 9.7. **São considerados como Metas de Produção**, determinantes do pagamento da parte assistencial, os seguintes critérios:
- 9.7.1. **Internações Hospitalares**
- I - Saídas de Clínica Médica;
 - II - Saídas Cirúrgicas;
 - III - Saídas Pediátricas;
 - IV - Saídas Cirúrgicas Pediátricas;
 - V - Saídas Obstétricas;
 - VI - Saídas Saúde mental;
- 9.7.2. **Cirurgia Eletiva Ambulatorial**
- I - Cirurgias oftalmológicas que não necessitem de internação.
- 9.7.3. **Cirurgias Eletivas**
- I - Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro;
 - II - Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade (sem alto custo);
 - III - Cirurgia eletiva hospitalar de alto custo (com ou sem OPME).
- 9.7.4. **Atendimentos Ambulatorial**
- I - Consulta médica na atenção especializada;
 - II - Consulta multiprofissional na atenção especializada;
 - III - Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.
- 9.7.5. **SADT Externo - (exames e ações de apoio e diagnóstico).**
- I - Biópsia de tireóide (paaf)
 - II - Endoscopia;
 - III - Tomografia Computadorizada com e sem contraste;
 - IV - Ultrassonografia Convencional;
 - V - Ultrassonografia Doppler
- 9.7.6. Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Termo de Colaboração, posto não estarem sob a governança do **PARCEIRO PRIVADO**, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência espontâneos e regulados e/ou referenciados para a Unidade Hospitalar.
- 9.8. Os atendimentos do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem meta da referida parceira, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente a produção realizada.
- 9.8.1. **Escritório de Gestão de Alta**

Quadro 07. Quadro Síntese das Metas Realizadas no HEJ

Dimensão	Descrição	Meta Mensal
Internação (Saídas Hospitalares)	Saídas Clínicas	186
	Saídas Cirúrgica	353
	Saídas Pediátricas	29
	Saídas Cirúrgicas Pediátricas	10
	Saídas Obstétricas	114
	Saídas Saúde Mental	17
Cirurgia Eletiva Ambulatorial	Cirurgias oftalmológicas que não necessitem de internação	150
Cirurgias Eletivas	Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro	96
	Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade (sem alto custo)	48
	Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo	32
Atendimentos ambulatoriais	Consulta Médica na Atenção Especializada	1.700
	Consulta Multiprofissionais	1.300
	Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais	72

SADT Externo	Biópsia de tireóide (paaf)	25
	Endoscopia Digestiva alta	80
	Tomografia Computadorizada com e sem Contraste	20
	Ultrassonografia Convencional	30
	Ultrassonografia Doppler	45

10. DETERMINANTES DA PARTE FIXA

10.1. Internações Hospitalares

10.1.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente saídas hospitalares nas especialidades descritas no quadro de metas, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Quadro 08. Quadro Síntese das Internações a serem Realizadas no HEJ

Internação (saídas hospitalares)	Meta Mensal
Saídas Clínicas	186
Saídas Cirúrgicas	353
Saídas Pediátricas	29
Saídas Cirúrgicas Pediátrica	10
Saídas Obstétricas	114
Saídas Saúde Mental	17
Obs.: Para o cálculo das saídas, considerou-se a capacidade de leitos operacionais instalados, a taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 90% para os leitos de enfermaria clínica e 85% para os demais leitos.	

- 10.1.1.1. As saídas cirúrgicas contemplam as cirurgias de urgência/emergência e cirurgias eletivas adulto.
- 10.1.1.2. Saídas Obstétrica 11 leitos, tempo médio de permanência (TMP) 2,5 dias;
- 10.1.1.3. Saídas Pediátricas cirúrgicas 01 leito, tempo médio de permanência (TMP) 2,5 dias;
- 10.1.1.4. Saídas Pediátricas clínicas 05 leitos, tempo médio de permanência (TMP) 4,5 dias;
- 10.1.1.5. Saídas Saúde Mental 10 leitos, tempo médio de permanência (TMP) 15 dias;
- 10.1.1.6. Saídas Clínicas 34 leitos, tempo médio de permanência (TMP) 5 dias;
- 10.1.1.7. Saídas Cirúrgica 35 leitos, tempo médio de permanência (TMP) 3 dias e 10 leitos com TMP de 5 dias.
- 10.1.1.8. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticos e terapêuticos necessários para o atendimento adequado das internações hospitalares.

10.1.2. Cirurgia Eletiva Ambulatorial: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia sem necessidade de internação hospitalar pós operatória.

Quadro 09. Quadro Síntese das Cirurgias Eletivas Ambulatoriais a serem Realizadas no HEJ

Cirurgia Eletiva Ambulatorial	Meta Mensal
Cirurgias oftalmológicas sem internação	150

10.1.3. Cirurgias Eletivas

- 10.1.3.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá realizar cirurgias eletivas conforme perfil dos pacientes atendidos pela unidade. Os pacientes elegíveis para cirurgias eletivas poderão ser encaminhados pela Regulação Estadual via agendamento de consulta de primeira vez ou para avaliação pré-cirúrgica, ou egressos da urgência que foram acolhidos via demanda referenciada/regulada pelo CRE.
- 10.1.3.2. O PARCEIRO PRIVADO deverá informar os procedimentos realizados diariamente no Sistema Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas.
- 10.1.3.3. A Unidade Hospitalar deverá realizar cirurgias eletivas encaminhadas pela SUREG conforme as metas mensais estabelecidas e não deverá recusar pacientes referenciados para atendimentos cirúrgicos de urgência e emergência. Ou seja, o hospital deve realizar TODAS as cirurgias de urgência e emergência que lhe sejam referenciadas.

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

Cirurgias Eletivas	Meta Mensal
Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro	96
Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade (sem alto custo)	48
Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo	32

10.1.4. Atendimento Ambulatorial

- 10.1.4.1. A Unidade Hospitalar/Estabelecimento de Saúde deverá realizar produção mensal de consultas médicas, consultas multiprofissionais e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais;
- 10.1.4.2. 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 a seguir;
- 10.1.4.3. O hospital deverá disponibilizar vagas de consultas à rede assistencial e executá-las, de acordo com o estabelecido pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação (SUREG), conforme quadro abaixo:

Quadro 11. Quadro Síntese dos Atendimentos Ambulatoriais a serem Realizadas no HEJ

Ambulatório	Meta Mensal
Consultas Médica	1.700
Consultas multiprofissional	1.300
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais	72

- 10.1.4.4. Do total de consultas mensais disponibilizadas e executadas por especialidade, o hospital/estabelecimento de saúde deverá adotar os seguintes critérios:
- I - 40% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;
 - II - 10% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas a realização de Interconsulta;
 - III - 50% do total de consultas ofertadas por especialidade serão destinadas à realização de Consultas subsequentes (retornos).
- 10.1.4.5. As consultas de triagem para classificação de risco no Pronto Socorro não deverão ser contabilizadas como consultas ambulatoriais;
- 10.1.4.6. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente;
- 10.1.4.7. 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; assim como pelo Sistema de Gestão Hospitalar/Sistema Integrado de Gestão das Unidades de Saúde.
- 10.1.4.8. O **PARCEIRO PÚBLICO** poderá empregar outro sistema de aferição conforme normativa própria.
- 10.1.5. **SADT Externo**
- 10.1.5.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames, mensalmente, para pacientes externos, isto é, que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, conforme seus próprios fluxos, no limite da capacidade operacional do SADT;

Quadro 12. Quadro Síntese dos SADTs externos a serem Realizadas no HEJ

Exame	Meta mensal
Biópsia de tireóide (paaf)	25
Endoscopia Digestiva Alta	80
Tomografia com e sem contraste	20
Ultrassonografia convencional	30
Ultrassonografia Doppler	45

- 10.1.5.2. A cada três meses a Regulação 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;
- 10.1.5.3. Os exames internos não compõem meta própria, pois já são previstos em outros serviços pactuados: internações hospitalares e cirurgias, isso porque a internação deve contemplar todas as necessidades do paciente/usuário;
- 10.1.5.4. 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 Políticas e Atenção Integral à Saúde, Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação e Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios, 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;
- 10.1.5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá inserir, mensalmente, no sistema de regulação estadual todas as vagas disponíveis para os SADT.
- 10.1.6. **Escritório de Gestão de Altas**
- 10.1.6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá implantar o Escritório de Gestão de Altas (EGA) que realiza interface entre o NIR e a equipe médica e multidisciplinar na unidade, desde a admissão até a alta hospitalar do paciente. Tem por objetivos reduzir risco de infecção, diminuir o tempo de permanência hospitalar, aumentar o giro de leitos, realizar comunicação assistencial mais efetiva, aprimorar a qualidade na assistência, monitorar as reinternações não eletivas, otimizar a utilização dos recursos assistenciais identificando pacientes com maior risco de hospitalização prolongada desde o momento de sua internação.

10.1.7. **Serviço de Farmácia Hospitalar**

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

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

- 10.1.7.1. Os indicadores disponibilizados na Tabela Acima deverão ser informados pela **PARCEIRA PRIVADA**, separadamente, para efeito de acompanhamento.
11. **ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS (ÂMBITO HOSPITALAR)**
- 11.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana e, mensalmente, a meta é atender todos usuários de demanda espontânea, referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar.
- 11.2. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado de urgência e emergência.
- 11.3. Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção.
- 11.3.1. Entende-se por SADT Interno os serviços dispensados aos pacientes que estão em acompanhamento no hospital, incluindo os atendidos no Pronto Socorro.
- 11.4. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SES-GO para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.
12. **INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/DESEMPENHO**
- 12.1. **DETERMINANTES DA PARTE VARIÁVEL**
- 12.1.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar diária/mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade;
- 12.1.1.1. Os indicadores já homologados no Sistema Integrado de Gestão das Unidades Hospitalares - SIGUS serão extraídos diariamente pela SES-GO;
- 12.1.1.2. 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);
- 12.1.1.3. Na medida em que os indicadores forem homologados, o envio de relatórios será suprimido e o monitoramento será em tempo real, de acordo com o definido em normativa própria da SES-GO;
- 12.1.1.4. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada mês:

Quadro 14. 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)	≤ 24 h
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	< 20%
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%
Percentual de partos cesáreos	≤ 15%
Taxa de Aplicação da Classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea	100%
Percentual de Exames de Imagem com resultado liberado em até 72 horas	≥ 70%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Digitadas Oportunamente - até 7 dias	≥ 80%
Percentual de Casos de Doenças/Agravos/Eventos de Notificação Compulsório Imediata (DAEI) Investigadas Oportunamente - até 48 horas da data da notificação	≥ 80%
Taxa de acurácia do estoque	≥ 95%
Taxa de perda financeira por vencimento de medicamentos	≤ 2%
Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas	≥ 90%

I - Taxa de Ocupação Hospitalar

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

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

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

II - Média de Permanência Hospitalar TMP (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: [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]

III - 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-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]

Obs.: após o cálculo, realizar a conversão para horas.

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

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

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

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

VII - 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: [No de cirurgias eletivas suspensas/No de cirurgias eletivas (mapa cirúrgico)] x 100

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

IX - **Percentual de partos cesáreos**

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

Fórmula: $[N^{\circ} \text{ de cesáreas realizadas} / \text{Total de partos realizados}] \times 100 - \text{mensal}$

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

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

XI - **Percentual de exames de imagem com resultado liberado em até 72 horas.**

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

Fórmula: $[\text{Número de exames de imagem liberados em até 72 horas} / \text{total de exames de imagem liberados no período multiplicado}] \times 100.$

XII - **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: $N^{\circ} \text{ de casos de DAEI digitadas em tempo oportuno} - \text{até 7 dias} / N^{\circ} \text{ de casos de DAEI digitadas (no período/mês)} \times 100$

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

XIV - **Taxa de acurácia do estoque**

Conceituação: Esse indicador tem por objetivo monitorar a exatidão do estoque de medicamentos hospitalar geridos pela Farmácia. A avaliação da acuracidade indica se o estoque e as compras estão coerentes com a realidade da instituição e se há falhas durante o processo de controle de estoque.

Método do Cálculo: $[\text{Número total de itens contados em conformidade} / \text{Número total de itens padronizados cadastrados no sistema}] \times 100$

XV - **Taxa de perda financeira por vencimento de medicamentos**

Conceituação: mensurar o valor financeiro atribuído aos medicamentos vencidos na unidade de saúde, permitindo implementação de ações que impactem na redução da perda de medicamentos.

Fórmula: $[\text{Valor financeiro da perda de medicamentos padronizados por validade expirada (R\$)} / \text{valor financeiro de medicamentos inventariado no período (R\$)}] \times 100.$

XVI - **Taxa de aceitabilidade das intervenções farmacêuticas**

Conceituação: Esse indicador é útil para avaliar o desempenho do serviço de farmácia clínica e a importância desse serviço para a segurança do paciente através da prevenção de problemas relacionados a medicamentos.

Método do Cálculo: $[\text{Número absoluto de intervenções registradas} / \text{Número de intervenções aceitas}] \times 100$

ANEXO Nº II - ENSINO E PESQUISA/2024 - SES/GEDES-18345

13. **ENSINO E PESQUISA**

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

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

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

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

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

13.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao 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.

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

13.8. O **PARCEIRO PRIVADO** 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 OSC, no momento da pactuação.

13.9. 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 o **PARCEIRO PRIVADO**.

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

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

13.11.1. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por acompanhar o cumprimento da Portaria nº 1.265/2023 – 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 esteja cadastrada no fluxo de monitoramento de pesquisas e autorizada pela SES-GO.

13.11.2. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por garantir a citação da 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.

13.11.3. O **PARCEIRO PRIVADO** 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.

13.11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** 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.

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

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

13.13.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deve garantir que o número do CNPJ referente a Unidade da SES-GO seja cadastrado como Instituição na Plataforma Brasil e junto à CONEP, para assegurar que as pesquisas se vinculem à SES-GO.

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

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

13.14. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá solicitar junto à SES-GO, de forma oficial e justificada, a anuência para alteração de vínculo de sua Unidade com o CEP institucional credenciado à CONEP. Após, avaliação de viabilidade, a

SESG fará a devida orientação pertinente para adequações junto aos CEP's e à CONEP, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o CEP que deixará a função e aquele que a assumirá.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

14.2. O Termo de Colaboração que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** 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.

14.3. 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 o **PARCEIRO PRIVADO**.

14.4. O **PARCEIRO PRIVADO** 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 (CNRMS/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.

14.5. 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.

14.6. 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.

14.7. 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 o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, 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.

14.8. 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.

14.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro previamente conveniado ou contratado exclusivamente para essa finalidade com experiência na aplicação de prova e acompanhado pela SESG por meio da Assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residências Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

14.9.1. A SESG/SES-GO em parceria com o grupo técnico será responsável por avaliar os requisitos técnicos da entidade que deseja firmar parceria ou contrato para a execução do processo seletivo;

14.10. 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.

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

14.10.2. O **PARCEIRO PÚBLICO** 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 ao **PARCEIRO PRIVADO**, 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.

14.11. 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 anterior, em razão da equidade.

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

14.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar, obrigatoriamente, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU, quando os programas estiverem efetivamente implantados.

14.14. 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.

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

14.15. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar atividades de educação permanente voltadas para qualificação dos coordenadores dos Programas de Residência Médica e coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS), supervisores, tutores e preceptores.

14.15.1. Os temas deverão ser definidos em conjunto com a COREME e COREMU local da Unidade de Saúde.

15. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

15.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** 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.

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

15.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento de acordo com Resolução CNRM nº 16/2022 de 30 de setembro de 2022, 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.

15.4. 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.

15.5. 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 Portaria 469/2020/SES-GO E Resolução CNRM nº 16/2022 de 30 de setembro de 2022).

15.5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** 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.

15.6. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, 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, concurando em Editais específicos para tal.

15.7. 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 (SEII), ao setor técnico da SESP/SES-GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

- 15.7.1. 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-cnm>
- 15.8. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESP/SES-GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.
- 15.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, nos Programas de Residência Médica, o número de vagas quando autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.
- 15.10. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir, de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade do ensino, da pesquisa e da gestão oferecidos pela Instituição, garantindo os recursos necessários ao desenvolvimento dos PRM's e das atribuições da COREME.
- 15.11. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de campo de prática entre as residências médicas de outras Unidades da SES-GO, caso necessário, para complementação da prática pedagógica, conforme solicitação da COREME.
- 15.12. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM's, 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 SESP, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

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

- 16.1. 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 SESP.
- 16.2. 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.
- 16.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES-GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS e PRMS/SES-GO).
- 16.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (PRAPS).
- 16.5. O **PARCEIRO PRIVADO** 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.
- 16.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade de Saúde, responsável pela manutenção e desenvolvimento do funcionamento dos programas composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.
- 16.7. 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.
- 16.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, o Coordenador do PRAPS/PRMS, sendo 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.
- 16.9. 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:
- I - 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.
- II - 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.
- 16.10. 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.
- 16.10.1. 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.
- 16.11. 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/SEG 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 seleção interna ou processo seletivo para o cargo de coordenador.
- 16.12. 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/SEG.
- 16.13. A seleção de Preceptores, 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/SEG para ciência e validação.
- 16.14. A seleção de preceptores e tutores 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, preferencialmente, como profissional em exercício na instituição.
- 16.15. 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.
- 16.16. O **PARCEIRO PRIVADO** 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.
- 16.16.1. Os Profissionais no cargo de Tutoria com carga horária superior a 30 (trinta) horas semanais deverão exercer suas atividades, exclusivamente, na COREMU Local.
- 16.17. 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.
- 16.18. 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.
- 16.18.1. Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.
- 16.19. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas quando autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.
- 16.20. As COREMUS deverão avaliar os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, semestralmente, por meio da métrica Net Promoter Score (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEII), ao setor técnico da SESP/SES-GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.
- 16.21. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESP/SES-GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

17. DOS RECURSOS FINANCEIROS

- 17.1. 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 SESP/SES-GO.
- 17.2. 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.
- 17.3. Ocorrendo a situação descrita no item anterior, caberá à SESP 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 Termos de Colaboração, para que seja realizado o devido desconto financeiro.
- 17.4. 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 Termos de Colaboração, para que seja realizada a compensação financeira deste valor.
- 17.5. 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 SESP.
- 17.6. Aos residentes deverão ser garantidas as condições de alimentação, higiene, limpeza, segurança, dentre outros, incluídos no custeio mensal da unidade hospitalar.
- 17.6.1. Para a alimentação deverá ser garantido, de acordo com a carga horária, 02 (duas) pequenas refeições e 01 (uma) grande refeição.
- 17.7. Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso apresentadas, a SESP, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, poderá indicar e solicitar o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

18. ESTÁGIOS CURRICULARES

- 18.1. 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.
- 18.2. Os estágios no âmbito da SES-GO são gerenciados e regulados pela SESP, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008 e Portaria nº 1.096/2023 – SES/GO, de 22 de maio 2023 ou outras que venham substituí-las.
- 18.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES-GO, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.
- 18.4. A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada exclusivamente pela SESP, 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.

- 18.5. 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.
- 18.6. O número máximo de vagas de estágio considerará o quadro de pessoal assistencial das entidades concedentes de estágio, que deve atender a proporção de até 20% de estagiários para número superior a 25 (vinte e cinco) trabalhadores.
- 18.7. 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.
- 18.8. 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.
- 18.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** referentes aos Programas de Estágio, 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.
19. **PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**
- 19.1. O **PARCEIRO PRIVADO** 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.
- 19.2. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAEPS/US à SESG, via protocolo no SEI, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Termo de Colaboração ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.
- 19.3. 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.
- 19.3.1. 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.
- 19.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar as informações solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** 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 Nº III - DA GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS

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

20. **ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS**
- 20.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:
- 20.1.1. Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais;
- 20.1.2. Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), na área médica e de enfermagem com registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Goiás. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS;
- 20.1.3. Disponibilizar de equipe médica e multiprofissional em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços composta por profissionais das especialidades exigidas, habilitados com título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, e outras instruções normativas, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no Instrumento.
- 20.1.4. Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e aos serviços a serem prestados;
- 20.1.5. Assegurar o desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE;
- 20.1.6. Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda às condições mínimas necessárias ao descanso dos colaboradores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão;
- 20.1.7. Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado e, sempre que solicitado, disponibilizá-lo para leitura e migração do banco de dados;
- 20.1.8. Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;
- 20.1.9. Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade;
- 20.1.10. Atentar-se que, em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte (II) Quadro de Servidores cedidos, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO;
- 20.1.11. Estar ciente de que o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido instrumento, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias;
- 20.1.12. Ter ciência de que para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do Instrumento;
- 20.1.13. Considerar que a dedução de que trata o item anterior será devida no valor correspondente aos custos inerentes à remuneração do servidor substituído (salário e encargos legais), no período correspondente e será deduzida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;
- 20.1.14. Atentar-se para o fato de que o **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos. (Ofício circular definindo procedimentos e documentos comprobatórios, ex.: contrato, cópia RPA, frequência);
- 20.1.15. Utilizar os valores de mercado da região ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 3 (três) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados, não podendo ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual, independente da forma de contratação;
- 20.1.16. Comprovar e responder mensalmente pelo pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora pactuados, sendo-lhe defeso invocar a existência do Instrumento de ajuste para eximir-se destas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**;
- 20.1.17. Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica;
- 20.1.18. Assegurar a execução da Avaliação Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e da Avaliação de Desempenho Individual a serem realizadas pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo ao disposto no Decreto nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente;
- 20.1.19. Adedir e alimentar o sistema de informação disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados de modo a permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**;
- 20.1.20. Alimentar periodicamente o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (ESocial), especialmente, os códigos S-2210, S-2220 e S-2240;
- 20.1.21. Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT.
- 20.2. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá indicar o retorno ao **PARCEIRO PÚBLICO** de servidor cedido em exercício na Unidade sob seu gerenciamento desde que motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido, mediante anuência do **PARCEIRO PÚBLICO**;
- 20.3. Conforme interesse e fundamentação da administração Pública poderá, excepcionalmente, ceder servidor público para o **PARCEIRO PRIVADO** que deverá integrá-lo ao serviço da Unidade;
- 20.4. O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento;
- 20.5. Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos e fluxos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos;
- 20.6. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horários, desde que não haja conflito de interesses;
- 20.7. É vedada a contratação pelo **PARCEIRO PRIVADO** de colaborador, em cargo de confiança ou em comissão, que possua vínculo de matrimônio, união estável ou parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, com os seguintes agentes públicos: Governador do Estado, Vice-Governador, Secretários de Estado, Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, 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, para quaisquer serviços relativos ao Instrumento de Ajuste;
- 20.8. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder à contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade;
- 20.9. Poderá o **PARCEIRO PRIVADO** atribuir gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade cabendo ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento em Sistema de Gestão de Recursos Humanos – RHNet promovendo a dedução dos repasses mensais ao **PARCEIRO PRIVADO**, mediante regulamentação da SES-GO;
- 20.10. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido, deverá **PARCEIRO PRIVADO** comunicar o evento, no prazo de 10 (dez) dias contados do mesmo, para providências cabíveis ao caso;

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

21. QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE CARVALHO (HEJ)-Dezembro/2023	
CARGOS	TOTAL DE SERVIDORES CEDIDOS
A UNIDADE NÃO POSSUI SERVIDORES CEDIDOS	-
TOTAL GERAL ESTIMADO*	-
MÉDIA CUSTO ESTIMADO MENSAL**	-
Fonte: RHNet Ref: dezembro/2023.	
* As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado, representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos e pagamentos de benefícios.	
** Média calculada com base nos valores mensais dos últimos 12 meses (Ref. Janeiro/2023 a Dezembro/2023).	

No ano de 2023 tiveram os seguintes reajustes:
Portaria Nº 1.011, de 04 de março de 2023, que concede evolução funcional aos servidores;
Portaria Nº 2727, de 07 de dezembro de 2023, que concede evolução funcional aos servidores;
Lei Nº 21.960, de 25 de março de 2023, que concede a revisão geral anual dos vencimentos, dos subsídios e dos proventos do pessoal civil e militar, ativo, inativo e pensionista, inclusive empregados públicos, do Poder Executivo estadual;
e 2,92% (dois inteiros e noventa e dois centésimos por cento), a partir de 1º de outubro de 2023, sobre os valores de tabelas, proventos e pensões vigentes após a aplicação do inciso I deste artigo.

ANEXO Nº IV/2024 - SES/GEC-21282

22. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL

- 22.1. Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a estimativa de custeio operacional do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ visando o 7º Termo Aditivo ao Termo de Colaboração nº 01/2020 - SES, pelo período de 8 (oito) meses.
- 22.2. Para o cálculo **estimado** do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I - Especificações Técnicas e Descritivo de Serviços da Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde (SPAIS) elaborado em conjunto com a Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação (SUREG) assim como o histórico de informações obtido a partir do Sistema de Gestão Hospitalar (SGH), do *Key Performance Indicators for Heath* - KPIH e, ainda, de visita técnica realizada na unidade de saúde.
- 22.3. Visando o acompanhamento e avaliação do Termo de Colaboração e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar via SIGUS/SGH ou outra forma requerida pela SES-GO, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE HOSPITALAR**.
- 22.4. As informações acima mencionadas também serão avaliadas por meio dos registros nas Autorização de Internação Hospitalar - AIH, dos registros nos Sistemas de Informações Ambulatoriais - SIA e Sistema de Informações Hospitalares - SIH, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.
- 22.5. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos estabelecidos por esta. Nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.
- 22.6. A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

23. LINHAS DE PACTUAÇÃO / SERVIÇOS PACTUADOS

- 23.1. A estimativa dos custos operacionais do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, foi segmentada em centro de custos, conforme **possíveis linhas de pactuação**. No entanto, para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade, o perfil assistencial a ser adotado e o acompanhamento e monitoramento da unidade com a realização de visita técnica, conforme orientação da Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SPAIS, no Anexo I.
- 23.2. Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, foram observados os seguintes critérios:
- I - Capacidade física instalada e operacional da Instituição;
 - II - Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)* da própria unidade;
 - III - Tempo Médio de Permanência, por clínica/perfil e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar;
 - IV - Tipos de atendimentos disponíveis na unidade e serviços especiais;
 - V - Visitas técnicas para aprofundamento do conhecimento do perfil de execução de ações e serviços da unidade;
 - VI - Legislação relacionada ao perfil de atendimento;
 - VII - *Benchmark* extraído do Sistema KPIH, nos últimos 12 meses, neste caso, referente ao período de novembro/2022 a outubro/2023; e,
 - VIII - Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico externo conforme demanda apresentada pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação e conforme as redes e políticas de atenção à saúde apresentadas pela Superintendência de Atenção Integral à Saúde.
- 23.3. Considerou-se também a possibilidade das Internações Hospitalares para Cuidados Intensivos, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do paciente, e ainda, os atendimentos de urgência e emergência, conforme série histórica de novembro de 2022 a outubro de 2023.

24. METODOLOGIA DE CÁLCULO

- 24.1. Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que é a metodologia adotada pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), do Ministério da Saúde. Essa metodologia foi escolhida por ser de fácil aplicação e por ser a mais utilizada entre as instituições vinculadas ao SUS. Outro fator importante é que a sua apuração é possível a partir da segmentação da instituição em centros de custos.
- 24.2. O Custeio por Absorção consiste no custeio integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) registrados aos produtos/serviços finais (Manual Técnico de Custos, PNGC, 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.
- 24.3. Para o cálculo das linhas de pactuação/centro de custos, utilizou-se custos unitários extraídos do relatório Painel Comparativo de Custos, do sistema *Key Performance Indicators for Health* - KPIH, nos últimos 12 meses, neste caso, referentes ao período de **novembro/2022 a outubro/2023** (SEI nº 56012711), conforme data e horário de extração constante na base dos referidos anexos. Cumpre esclarecer que a extração do relatório em data e horário distintos podem gerar dados distintos devido a sua atualização constante.
- 24.4. As unidades de saúde pertencentes à base de dados da Planisa, utilizam justamente da metodologia de custeio por absorção, com padronização no processo de coleta, apuração e periodicidade mensal, gerando assim, relatórios contendo 3 (três) valores por centro de custos/linha de pactuação, sendo:
- I - Percentil 25 (P25), refere-se à posição 25% da amostra de valores, ordenados do menor para o maior valor;
 - II - Percentil 50 (P50), refere-se à posição 50% da amostra de valores, ordenados do menor para o maior valor;
 - III - Percentil 75 (P75), se refere-se à posição 75% da amostra de valores, ordenados do menor para o maior valor.
- 24.5. O Percentil adotado foi o **P50**, que constitui a **mediana** do custo unitário para a mesma distribuição de frequência entre os P25, P50 e P75, atualmente indicada para o gerenciamento e desenvolvimento das ações e serviços nas unidades de saúde ambulatoriais do Estado de Goiás, sendo realizada também a comparação com o próprio custo interno da Unidade para embasar a escolha do Percentil utilizado. O percentil sugerido é mais econômico que o P75 e atende a finalidade de se buscar a compatibilização dos custos com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que, buscou-se uma referência que pode representar menos despesas, se adequando a realidade da Unidade de Saúde, não importando assim em sobrepreço e tampouco deixando-a inexecuível.
- 24.6. A unidade possui perfil de média e alta complexidade, com leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, que requer uma assistência mais complexa, com profissionais especializados e qualificados, podendo ocorrer outros riscos, como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade, em virtude da especificidade.
- 24.7. Quando tratamos de hospitais de média e alta complexidade, como é o caso deste e de todos aqueles cujos pacientes são referenciados pelo Complexo Regulador Estadual, convencionou-se a utilização do **P50**, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil daquelas unidades e os seus custos integrados.
- 24.8. Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foram consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional:
- I - 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 e predominância de pacientes e certificação de qualidade.
 - II - Conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial.

24.9. O cálculo, então, buscou ponderar todo o contexto desta unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização. Objetiva-se que a unidade hospitalar seja cada vez mais produtiva e eficiente. Desta feita, embora a série histórica tenha sido utilizada como balizadora da análise, a mesma não foi determinante para o estabelecimento das metas e estimativas de produção.

24.10. Para a execução dos cálculos, trabalhou-se com o arredondamento teto e arredondamento ABNT 5891 na numeração decimal:

25. MEMÓRIA DE CÁLCULO

25.1. O custeio das **Consultas Médicas e Não Médicas/multiprofissionais** foi estimado multiplicando o número de consultas projetadas no Anexo Técnico I pelo seu respectivo custo unitário.

25.2. O custo unitário das consultas médicas e multiprofissionais foram extraídos do Relatório Painel Comparativo de Custos - KPIH, base Planisa.

Serviço	Nº de consultas executadas/mês
Consulta Médica	1.700
Consulta multiprofissional	1.300
Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais	72

25.3. O critério usado para o custeio das **"Internações Hospitalares"** é o paciente-dia e o volume foi obtido multiplicando o número de leitos pela taxa de ocupação hospitalar e pelos dias do mês, sendo:

(número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês).

25.4. O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias e de 90% para as UTIs. No entanto, considerando o perfil de atendimento da unidade e a série histórica da ocupação no período analisado (KPIH - 11.022 a 10.2023), empregou-se diferentes taxas de ocupação para cada linha de serviço assistencial, da seguinte forma: 48% a 90% para enfermarias e 90% para UTIs, conforme será detalhado no quadro a seguir.

25.5. O custeio estimado para as unidades de internação UI e unidades de terapia intensiva UTI foi obtido multiplicando o volume de paciente-dia pelo custo unitário da diária, da seguinte forma:

(paciente-dia x custo unitário da diária)

25.6. Para conferência, analisou-se o número de saídas em concordância com o tempo médio de permanência (TMP) informado no Anexo I, por especialidade, conforme tabela abaixo, obtendo-se a compatibilidade dos dados.

Internação (saídas hospitalares)	Meta mensal
Saídas Clínicas	186
Saídas Cirúrgicas	353
Saídas Pediátricas	29
Saídas Cirúrgicas Pediátricas	10
Saídas Obstétricas	114
Saídas Saúde Mental	17

25.7. Para o cálculo mensal, utilizou-se a média de **30,4 dias**.

Internação	Nº leitos	TOH	Quantidade dias do mês*	Pacientes Dia Projetado
Enfermaria Adulto Clínico	34	90%	30,4	931
Enfermaria Adulto Cirúrgica	45	85%	30,4	1.163
Enfermaria Pediátrica	05	48%	30,4	73
Enfermaria Cirúrgica Pediátrica	01	85%	30,4	26
Enfermaria Obstétrica	11	85%	30,4	285
Enfermaria Saúde Mental	10	85%	30,4	259
UCIN	02	85%	30,4	29
UTI Adulto	20	90%	30,4	548
<i>Considerando o perfil da unidade e a natureza do atendimento, utilizou-se a série histórica como norteadora da ocupação.</i>				
Fonte: KPIH. Relatório de Produção (11/2022 a 10/2023) e Relatório de quantidade de leitos/Anexo I - SPAIS.				

25.8. O custeio do **"Pronto Atendimento"**, foi estimado a partir da série histórica da própria unidade (novembro/22 a outubro/23) multiplicando-se a média de atendimentos pelo custo unitário. Ressalta-se que o número de atendimentos desta especialidade não está sob a governança dos parceiros. Assim, o custeio deste serviço foi obtido multiplicando a quantidade de atendimentos projetados, pelo respectivo custo unitário extraído do Relatório painel comparativo de custos (novembro/22 a outubro/23) da referida unidade.

Serviço	Nº de atendimentos projetados/mês
Pronto Atendimento	6.482

25.9. O custeio de **Cirurgias e Partos** foi estimado considerando o perfil de cirurgia projetado para a Unidade, bem como a realização de partos cesarianos e naturais relacionados à internação obstétrica.

25.10. O custeio das **Cirurgias** foi estimado com o seguinte cálculo: nº de saídas cirúrgicas multiplicado pelo tempo médio operatório, e este resultado foi multiplicado pelo custo unitário da hora cirúrgica extraído do Relatório painel comparativo de custos (novembro/22 a outubro/23).

25.11. Considerou-se a orientação da SPAIS e da Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, dividindo-se as cirurgias em eletivas de alto giro, eletivas de média complexidade e eletivas de alta complexidade e alto custo, aplicando-se o tempo médio cirúrgico por porte. Dessa forma, estabeleceu-se: cirurgias eletivas de alto giro (porte I: 2 horas), cirurgias eletivas de média complexidade (porte II: 4,0 horas) e cirurgias eletivas de alta complexidade e alto custo (porte IV: 8,0 horas). Outrossim, computou-se o tempo cirúrgico para as urgências conforme série histórica da Unidade (11/2022 a 10/2023).

25.12. Para as **cirurgias oftalmológicas**, estimou-se o tempo médio de duração de 45 (quarenta e cinco) minutos, que representa 0,75 horas e quantitativo estabelecido no Anexo I.

25.13. O custeio das **demais cirurgias e partos cesáreos** foram estimados a partir do tempo médio operatório da própria unidade, obtido dividindo-se as horas cirúrgicas produzidas (685:41 que representa 685,68) no período de novembro de 2022 a outubro de 2023, pela quantidade de cirurgias realizadas (503) no mesmo período, conforme extraído do relatório "Demonstração dos custos unitários dos centros cirúrgicos" - KPIH, obtendo o tempo médio arredondado de **1,4h**/cirurgia na Unidade.

25.13.1. O **quantitativo de Partos** considerou 90% de todas as saídas obstétricas, sendo 60% de cesarianas e 40% de partos naturais. O custeio das cesarianas foi correlacionado com a hora cirúrgica da unidade (1,4h/cesariana), e o parto natural considerado 1:1.

25.13.2. Por fim, o custo do parto cesariano foi obtido multiplicando-se o quantitativo pelo tempo médio operatório e pelo respectivo custo unitário da hora cirúrgica, e o parto natural pelo respectivo custo unitário do parto.

25.13.3. Para elucidação dos quantitativos, temos:

Serviço	Quantidade	Tempo Médio Operatório	Horas cirúrgicas projetadas
Cirurgia oftalmológica	150	45min = 0,75h	112,5
Cirurgia eletiva de alto giro	96	2h	192
Cirurgia eletiva de média complexidade	48	4h	192
Cirurgia eletiva de alta complexidade e alto custo	32	8h	256
Demais cirurgias	187	1,4h	261,8
Partos Cesáreos	62	1,4h	86,8
Parto Natural	41 partos / mês		
Referência: Relatório de Demonstração de Custo Unitários dos Centros Cirúrgicos; COMFIC; Relatório de Produção KPIH; todos de 11/2022 a 10/2023			

25.14. O custeio do **Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) Interno** foi obtido multiplicando-se o quantitativo médio estimado de cada item, conforme média de produção de novembro 2022 a outubro de 2023, pelo respectivo custo unitário, sendo:

(SADT x custo unitário)

25.15. Para a apuração desse quantitativo, utilizou-se o Relatório de Produção da unidade, removendo-se apenas os exames e sessões relativos ao "SADT externo" restando, portanto, os quantitativos unitários dos serviços internos.

Serviços	Nº de atendimentos projetados/mês
Análises Clínicas	25.193
Ecocardiograma	40
Eletrocardiograma	519
Endoscopia	3
Radiografia	2.101
Tomografia computadorizada	1.462
Ultrassonografia	326
Fisioterapia	3.688
Hemodiálise	155
Psicologia	2.794
<i>Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de 11/2022 a 10/2023.</i>	

25.16. O custeio do **Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) Externo** traz a meta estimada pelo Anexo I, conforme necessidade locorregional, a qual foi multiplicada pelo respectivo custo unitário.

Serviço	Nº de atendimentos projetados/mês
Biópsia de tireoide (PAAF)	25
Endoscopia digestiva alta	80
Tomografia com e sem contraste	20
Ultrassonografia convencional	30
Ultrassonografia Doppler	45
<i>Referência: Anexo I</i> <i>*enquanto o serviço não estiver efetivamente implantado, os recursos financeiros específicos para essa linha de pactuação não será repassado.</i>	

25.17. O custeio do "**Escritório de gestão de alta**", foi obtido a partir do custo de atendimento PA/PS, excluindo as despesas com material, medicamentos e honorários médicos, extraído do Relatório painel comparativo de custos (novembro/22 a outubro/23) sem os itens citados anteriormente. Esse valor foi multiplicado pelos dias do mês, que foi estabelecido em 30,4 dias. Esse custo refere-se a um leito, portanto foi multiplicado novamente pela quantidade de leitos disponíveis para esse serviço, retirado do anexo I.

Serviço	Leitos
Escritório de Gestão de Altas	10
<i>Fonte: Anexo I.</i>	

26. VALOR MENSAL ESTIMADO

26.1. Considerando a metodologia de custeio por absorção utilizada, os serviços ofertados, verificados *in loco* e os cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ é de R\$ 9.482.037,80 (nove milhões, quatrocentos e oitenta e dois mil trinta e sete reais e oitenta centavos) no percentil **P50**.

26.2. O montante total estimado para o 7º Termo Aditivo ao Termo de Colaboração nº 01/2020 - SES, a ser repassado para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ é de R\$ 75.856.302,40 (setenta e cinco milhões, oitocentos e cinquenta e seis mil trezentos e dois reais e quarenta centavos) para o período de **8 (oito) meses**.

26.3. Para melhor elucidação dos valores encontrados, apresenta-se a tabela abaixo. Destaca-se que se trabalhou com o arredondamento teto e arredondamento ABNT 5891 na numeração decimal:

HOSPITAL: HEJ							Percentil adotado - P-50		
Descrição	CORRESPONDÊNCIA PAINEL COMPARATIVO DE CUSTOS	Quantidade Projetada		Custo unitário P25	Custo unitário P50	Custo unitário P75	Custo total P25	Custo total P50	Custo total P75
1. SERVIÇOS HOSPITALARES (c/HM e c/ Mat/Med)		Leitos	Paciente-dia						
1.1 Internação									
1.1.1 Enfermaria Adulto Clínico	Pacientes-dia	34	931	684,57	934,48	1.227,91	637.334,67	870.000,88	1.143.184,21
1.1.2 Enfermaria Adulto Cirúrgica	Pacientes-dia	45	1.163	684,57	934,48	1.227,91	796.154,91	1.086.800,24	1.428.059,33
1.1.3 Enfermaria Pediátrica	Pacientes-Dia Pediatria	5	73	932,46	1.160,29	1.653,95	68.069,58	84.701,17	120.738,35
1.1.4 Enfermaria Cirúrgica Pediátrica	Pacientes-Dia Pediatria	1	26	932,46	1.160,29	1.653,95	24.243,96	30.167,54	43.002,70
1.1.5 Enfermaria Obstétrica	Pacientes-Dia Clínica Ginecológica Obstétrica	11	285	788,03	940,91	1.394,99	224.588,55	268.159,35	397.572,15
1.1.6 Enfermaria Saúde Mental	Pacientes-Dia Psiquiatria	10	259	662,07	924,92	1.136,19	171.476,13	239.554,28	294.273,21
1.1.7 UCIN	Pacientes-Dia Cuidados Intermediários Neonatal	2	52	715,54	1.060,30	1.747,91	37.208,08	55.135,60	90.891,32
1.1.8 UTI Adulto	Pacientes-Dia UTI Adulto	20	548	1.985,48	2.422,96	2.864,42	1.088.043,04	1.327.782,08	1.569.702,16
		128	3.337				3.047.118,92	3.962.301,14	5.087.423,43
1.2 Urgência e Emergência									
1.2.1 Pronto Atendimento	Pacientes atendidos de PA / PS		6.482	183,08	271,52	492,86	1.186.724,56	1.759.992,64	3.194.718,52
							1.186.724,56	1.759.992,64	3.194.718,52
2. CIRURGIA ELETIVA AMBULATORIAL		Cirurgias	Horas cirúrgicas						
2.1 Cirurgia Oftalmológica	Horas de Centro Cirúrgico (45min ou 0,75h)	150	112,5	1.494,17	1.951,31	2.703,14	168.094,13	219.522,38	304.103,25
							168.094,13	219.522,38	304.103,25
3. CIRURGIAS (c/HM e c/ Mat/Med)		Qtd	Horas cirúrgicas						
3.1 Cirurgia eletiva alto giro	Horas de Centro Cirúrgico (2h)	96	192,0	1.494,17	1.951,31	2.703,14	286.880,64	374.651,52	519.002,88
3.2 Cirurgia eletiva de média ou alta complexidade	Horas de Centro Cirúrgico (4h)	48	192,0	1.494,17	1.951,31	2.703,14	286.880,64	374.651,52	519.002,88
3.3 Cirurgia eletiva de alta complexidade e alto custo	Horas de Centro Cirúrgico (8h)	32	256,0	1.494,17	1.951,31	2.703,14	382.507,52	499.535,36	692.003,84
3.4 Demais cirurgias	Horas de Centro Cirúrgico (1,4)	187	261,8	1.494,17	1.951,31	2.703,14	391.173,71	510.852,96	707.682,05
3.5 Parto Cesáreos	Horas de Centro Cirúrgico (1,4)	62	86,8	1.494,17	1.951,31	2.703,14	129.693,96	169.373,71	234.632,55
3.6 Parto Natural	Partos	41		1.962,74	3.020,04	5.219,74	80.472,34	123.821,64	214.009,34
							1.557.608,81	2.052.886,71	2.886.333,54
4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL (c/HM e c/ Mat/Med)									
4.1 Consulta Médica	Consultas Ambulatoriais Médicas	1.700		98,00	146,80	207,21	166.600,00	249.560,00	352.257,00
4.2 Consultas Multiprofissionais	Consultas Ambulatoriais Não Médicas	1.300		39,39	65,85	114,22	51.207,00	85.605,00	148.486,00
4.3 Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais	Procedimentos Ambulatoriais	72		126,67	194,74	289,10	9.120,24	14.021,28	20.815,20
			3.072				226.927,24	349.186,28	521.558,20
5. SERVIÇOS DE SADT - INTERNO (c/HM e c/ Mat/Med)									
5.1 Análises Clínicas	Exames de Análises Clínicas	25.193		7,42	10,42	15,10	186.932,06	262.511,06	380.414,30
5.2 Ecocardiograma	Exames de Ecocardiografia	40		119,04	176,16	274,93	4.761,60	7.046,40	10.997,20
5.3 Eletrocardiograma	Exames de Eletrocardiografia	519		13,66	28,15	45,74	7.089,54	14.609,85	23.739,06
5.4 Endoscopia	Exames de Endoscopia	3		286,67	542,86	769,22	860,01	1.628,58	2.307,66
5.5 Radiografia	Exames de Radiografia	2.101		42,96	61,00	96,10	90.258,96	128.161,00	201.906,10
5.6 Tomografia computadorizada	Exames de Tomografia	1.462		128,17	175,17	228,27	187.384,54	256.098,54	333.730,74
5.7 Ultrassonografia	Exames de Ultrassonografia	326		73,59	107,11	162,63	23.990,34	34.917,86	53.017,38
5.8 Fisioterapia	Sessões de Fisioterapia Internados	3.688		15,72	28,18	45,69	57.975,36	103.927,84	168.504,72
5.9 Hemodiálise	Sessões de Hemodiálise	155		317,15	529,40	871,36	49.158,25	82.057,00	135.060,80
5.10 Psicologia	Sessões de Psicologia	2.794		26,19	49,13	73,39	73.174,86	137.269,22	205.051,66
			36.281				681.585,52	1.028.227,35	1.514.729,62
6. SERVIÇOS DE SADT - EXTERNO (c/HM e c/ Mat/Med)									
6.1 Biópsia de tireoide (PAAF)	Exame	25		291,24	319,35	612,79	7.281,00	7.983,75	15.319,75
6.2 Endoscopia digestiva alta	Exames de Endoscopia	80		286,67	542,86	769,22	22.933,60	43.428,80	61.537,60
6.3 Tomografia com e sem contraste	Exames de Tomografia	20		128,17	175,17	228,27	2.563,40	3.503,40	4.565,40
6.4 Ultrassonografia convencional	Exames de Ultrassonografia	30		73,59	107,11	162,63	2.207,70	3.213,30	4.878,90
6.5 Ultrassonografia Doppler	Exames de Ecodoppler	45		158,18	174,69	237,92	7.118,10	7.861,05	10.706,40
			200				42.103,80	65.990,30	97.008,05
7. OUTROS SERVIÇOS									
7.1 Escritório de Gestão de Alta		10		2.914,75	4.393,10	9.125,47	29.147,50	43.931,00	91.254,70
							29.147,50	43.931,00	91.254,70
CUSTEIO MENSAL ESTIMADO							6.939.310,48	9.482.037,80	13.697.129,31
Observações sobre base de preços utilizada:									
1.1.7. Custo unitário do PAINEL Comparativo de Custos do Hospital Estadual de Formosa de 12/2022 a 11/2023.									
4.3. Custo unitário do PAINEL Comparativo de Custos do Hospital Estadual de Formosa 12/2022 a 11/2023.									
6.1. Custo unitário do PAINEL Comparativo de Custos do Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi - HGG de 11/2022 a 10/2023.									
7.1. Custo unitário do PAINEL Comparativo de Custos do próprio estabelecimento, referente aos Pacientes atendidos de PA/PS sem recursos externos, mat/met, honorários/serviços médicos, SADTs e custo fora da amostra. Os percentis extraídos foram P25 (R\$ 95,88), P50 (R\$ 144,51) e P75 (R\$ 300,18). A esses valores foi multiplicado o quantitativo de 30,4 dias do mês.									

Referência Bibliográfica:
BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia. Ed. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006.
Avila MAG, Fusco SFB, Gonçalves IR, Caldeira SM, Padovani CR, Yoo HHB. Tempo de limpeza e preparo de sala: relação com o porte cirúrgico e perspectivas profissionais. Rev Gaúcha Enferm. 2014 jun;35(2):131-139. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.42525>.

ANEXO Nº V - SISTEMA DE REPASSE/GEC-21282

27. REGRAS E CRONOGRAMA DE REPASSE

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

27.1.1. A atividade assistencial a ser pactuada será conforme Anexo I - Especificações Técnicas, da Superintendência de Políticas e Atenção à Saúde – SPAIS.

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

27.2.1. Internação:

- I - Saídas de Clínica Médica;
- II - Saídas Obstétricas;
- III - Saídas Pediátricas;
- IV - Saídas Cirúrgicas;
- V - Saídas Saúde Mental;

27.2.2. Cirurgias Eletivas: conforme definição trazida no item 4.1.1.2 e 4.1.1.3 do Anexo I.

- I - Cirurgia oftalmológica;
- II - Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro;
- III - Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade;
- IV - Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo.

- 27.2.3. **Atendimento Ambulatorial:**
I - Consulta médica na atenção especializada realizada em ambulatório;
II - Consulta multiprofissional na atenção especializada realizada em ambulatório;
III - Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.
- 27.2.4. **Atendimento Ambulatorial - SADT Externo:** corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação para a Unidade.

27.3. O Serviço de Urgência/Emergência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno, UTI Adulto, UCIN e Escritório de Gestão de Alta não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário internado, quando da admissão hospitalar, e deverá informar mensalmente a produção realizada via Sistema de Gestão Hospitalar e garantir a informação também no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

27.4. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.
28. **PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO**

28.1. Caso, ao longo da vigência do ajuste, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/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 pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

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

28.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da **Portaria nº 2116/2021 SES/GO** e suas alterações subsequentes ou outra norma vigente.

28.4. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** 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 pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

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

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

28.7. 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.

28.8. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do Termo de Colaboração, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no Anexo I.

28.9. O requerimento de investimento com recursos provenientes de emendas parlamentares seguirá o mesmo rito acima especificado.
29. **SISTEMA DE REPASSE**

29.1. Considerando a metodologia de custeio por absorção utilizada, os serviços ofertados, verificados *in loco* e os cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ** é de **R\$ 9.482.037,80 (nove milhões, quatrocentos e oitenta e dois mil trinta e sete reais e oitenta centavos)** no percentil **P50**.

29.2. Do valor mensal, a parte fixa de 90% (noventa por cento) corresponde ao valor de **R\$ 8.533.834,02 (oito milhões, quinhentos e trinta e três mil oitocentos e trinta e quatro reais e dois centavos)** e, para o período de **8 meses**, o valor de **R\$ 68.270.672,16 (sessenta e oito milhões, duzentos e setenta mil seiscentos e setenta e dois reais e dezesseis centavos)**.

29.3. Do valor mensal, a **parte variável de 10% (dez por cento)** corresponde ao valor **R\$ 948.203,78 (novecentos e quarenta e oito mil duzentos e três reais e setenta e oito centavos)**, e, para o período de **8 meses**, corresponde ao valor de **R\$ 11.378.445,36 (onze milhões, trezentos e setenta e oito mil quatrocentos e quarenta e cinco reais e trinta e seis centavos)**, sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo.

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

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO		
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO TERMO DE COLABORAÇÃO		
MODALIDADE DE PACTUAÇÃO - METAS DE PRODUÇÃO		PORCENTAGEM (%)
Internação	Enfermaria Adulto Clínico	19,50%
	Enfermaria Adulto Cirúrgica	24,35%
	Enfermaria Pediátrica	1,90%
	Enfermaria Cirúrgica Pediátrica	0,68%
	Enfermaria Obstétrica	6,01%
	Enfermaria Saúde Mental	5,37%
Cirurgia Eletiva Ambulatorial	Cirurgia Oftalmológica	4,92%
Cirurgias	Cirurgia eletiva alto giro	8,39%
	Cirurgia eletiva de média ou alta complexidade	8,39%
	Cirurgia eletiva de alta complexidade e alto custo	11,19%
Atendimento Ambulatorial	Consulta Médica	5,59%
	Consultas Multiprofissionais	1,92%
	Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais	0,31%
SADT Externo	Biópsia de tireoide (PAAF)	0,18%
	Endoscopia digestiva alta	0,97%
	Tomografia com e sem contraste	0,08%
	Ultrassonografia convencional	0,07%
	Ultrassonografia Doppler	0,18%
Total		100%

- 29.5. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 27.2.1. e 27.2.4. deste Anexo V, distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio.
- 29.6. Em todos os casos, a avaliação dos indicadores de desempenho será realizada semestralmente, ou antes, mensalmente, diante da necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.
- 29.7. A Secretaria de Estado da Saúde procederá também à análise dos dados ainda não homologados via sistema SIGUS, assim como dos relatórios gerenciais, enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Termo de Colaboração.
- 29.8. O *Sistema Integrado das Unidades de Saúde – SIGUS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pelo Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.
- 29.9. A cada 06 (seis) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais e de desempenho realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO**,

verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Termo de Colaboração, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

- 29.9.1. Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.
- 29.10. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, em andamento nas comissões, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos. E 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, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.
- 29.11. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime semestral, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, podendo gerar um ajuste financeiro a menor no mês ou meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador.
- 29.12. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados no mês ou meses subsequentes à análise dos indicadores**.
- 29.13. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o **PARCEIRO PRIVADO** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados, que estejam previstos neste ajuste;
- 29.14. A Comissão de Monitoramento e Avaliação presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores de quantitativos e de desempenho.
- 29.15. Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas**, a Organização da Sociedade Civil (OSC) receberá prazo de 05 (cinco) dias corridos para defesa e contraditório.
- 29.15.1. Na medida em que os indicadores estiverem todos homologados no SIGUS, a Organização da Sociedade Civil terá o prazo de 02 (dois) dias úteis do mês subsequente para apresentar defesa e contraditório.
- 29.16. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSC, a Comissão de Monitoramento e Avaliação remeterá o parecer para anuência da gestão superior (Superintendência/Subsecretaria) e convalidação do Gestor da Pasta.
- 29.17. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios gerenciais de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao período avaliado.
- 29.18. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Termo de Colaboração, acordada entre as partes, nas respectivas reuniões de Monitoramento e Avaliação.
- 29.19. A análise 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 pelo **PARCEIRO PRIVADO** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.
- 29.20. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do **PARCEIRO PRIVADO**, o número de inscrição o CNPJ/ME, o número do Termo de Colaboração, a denominação da unidade hospitalar administrada, a descrição do serviço prestado, os componentes deste serviço, o período de execução dos serviços e o número de horas aplicadas ao Termo de Colaboração, quando couber.
- 29.21. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.
- 29.22. Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos dos serviços de água e energia elétrica da unidade de saúde gerida.

30. CRITÉRIOS DE REPASSE

30.1. DA AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL - 90% DO TERMO DE COLABORAÇÃO:

- 30.1.1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **em regime semestral ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde**.
- 30.1.2. A avaliação e análise das atividades pactuadas constantes deste documento serão efetuadas conforme proporção explicitada na *Tabela II - Repasse da atividade realizada conforme percentual de volume pactuado*, para o gerenciamento do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ.
- 30.1.3. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II a seguir apresentada:

TABELA II – REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME PACTUADO, PARA O GERENCIAMENTO DA UNIDADE

MODALIDADE DE PACTUAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Internações Hospitalares Peso 57,81%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual das internações
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual das internações
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado as internações
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado as internações
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinados as internações
Cirurgia Eletiva Ambulatorial Peso 4,92%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual das internações
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual das internações
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado as internações
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado as internações
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinados as internações
Cirurgias Eletivas Peso 27,97%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado as cirurgias
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado as cirurgias
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinados as cirurgias
Atendimento Ambulatorial Peso 7,82%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual das consultas
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado as consultas
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado as consultas
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado as consultas
SADT Externo Peso 1,48%	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual dos exames/procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual dos exames procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume pactuado	90% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Entre 70% e 79,99% do volume pactuado	80% do orçamento destinado aos exames/procedimentos
	Menor que 70% do volume pactuado	70% do orçamento destinado aos exames/procedimentos

- 30.2. DA AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO - 10% DO TERMO DE COLABORAÇÃO:
- 30.2.1. Os valores percentuais apontados no Anexo Técnico I – Indicadores de Desempenho, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago.
- 30.2.2. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão em regime **semestralmente ou antes diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde**.
- 30.2.3. Cada indicador de Desempenho descrito na tabela II terá avaliada a sua performance, calculando-se o Percentual de Cumprimento de Meta - PCM, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

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

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

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

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

- 30.2.5. 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 III a seguir:

TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	10
80,00% até 89,99%	9
70,00% até 79,99%	8
60,00% até 69,99%	7
50,00% até 59,99%	6
< 50%	0

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

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

- 30.2.7. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito na TABELA IV a seguir:

TABELA IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
10 pontos	100%
9 a 9,9 pontos	100%
8 a 8,9 pontos	90%
7 a 7,9 pontos	80%
6 a 6,9 pontos	70%
5 a 5,9 pontos	60%
Menor que 5 pontos	ZERO

- 30.2.8. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela Organização da Sociedade Civil. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** em seu site eletrônico, para análise por meio de *link (gerado pela OSC)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO.
- 30.2.8.1. A Organização da Sociedade Civil deverá atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2009, às Leis de Acesso à Informação Federal nº 12.527/11 e Estadual nº 18.025/13, à Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás e à Instrução Normativa nº 1/2019 da Controladoria-Geral do Estado de Goiás.
- 30.2.8.2. Poderão ser aplicadas penalidades ao **PARCEIRO PRIVADO** em caso de reincidência no descumprimento das solicitações quanto ao portal da transparência e em concordância com regulamentação definida pela SES-GO.
- 30.2.8.3. É esse, portanto, o sistema de repasse para o **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ** definido pela SES/GO.

31. DAS ASSINATURAS

- 31.1. Ressalta-se que cada área técnica foi responsável pela elaboração de parte deste documento, conforme expertise e área de atuação, subscrevendo em comum o documento apenas para efeitos práticos. Neste sentido, o Anexo I - Especificações Técnicas foi elaborado pela Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde e pela Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação, o Anexo II - Ensino e Pesquisa pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, o Anexo III - Gestão do Trabalho e Servidores Cedidos, foi elaborado pela Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas/Superintendência de Gestão Integrada e os Anexos IV – Estimativa de Custeio e V – Sistema de Repasse, pela Gerência de Custos/Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios.

PAULA DOS SANTOS PEREIRA
Superintendente de Políticas e Atenção Integral à Saúde
Anexo I

AMANDA MELO E SANTOS LIMONGI
Superintendente de Regulação, Controle e Avaliação
Anexo I

RAFAELA JULIA BATISTA VERONEZI
Superintendente da Escola de Saúde de Goiás
Anexo II

THALLES PAULINO DE ÁVILA
Superintendente de Gestão Integrada
Anexo III

FERNANDO AUGUSTO ATAIDE CASTRO
Gerente de Gestão de Pessoas
Anexo III

PEDRO DE AQUINO MORAIS JÚNIOR
Superintendente de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios
Anexos IV e V

MARCELO MARTINS NOGUEIRA LIMA
Gerente de Custos
Anexos IV e V



Documento assinado eletronicamente por **MARCELO MARTINS NOGUEIRA LIMA**, **Gerente**, em 14/03/2024, às 10:52, 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 14/03/2024, às 11:26, 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 **PEDRO DE AQUINO MORAIS JUNIOR**, **Superintendente**, em 14/03/2024, às 11:38, 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 14/03/2024, às 12:29, 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 **THALLES PAULINO DE AVILA**, **Superintendente**, em 14/03/2024, às 17:31, 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 **FERNANDO AUGUSTO ATAIDE CASTRO**, **Gerente**, em 14/03/2024, às 17:57, 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 **AMANDA MELO E SANTOS LIMONGI**, **Superintendente**, em 14/03/2024, às 18:00, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **LUCIANO DE MOURA CARVALHO**, **Subsecretário (a)**, em 15/03/2024, às 12:30, 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 **RASIVEL DOS REIS SANTOS JUNIOR**, **Secretário (a) de Estado**, em 15/03/2024, às 19:48, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **57873007** e o código CRC **9271C4FB**.

GERÊNCIA DE MODELAGEM
RUA SC-01 299, S/C - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - GOIÂNIA - GO - CEP 74860-270



Referência: Processo nº 202000010023569



SEI 57873007