

Contrato de Gestão 02/2020

ANEXO TÉCNICO I – PERFIL ASSISTENCIAL / PLANO OPERATIVO DE GESTÃO / DESCRIÇÃO DE
SERVIÇOS / PLANO ORÇAMENTÁRIO**I – CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS**

A **CONTRATADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos, os usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia (unidade hospitalar, ambulatorial, ou outros).

O Serviço de Admissão da **CONTRATADA** 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.

Nos casos de atendimento hospitalar por urgência, sem que tenha ocorrido a apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

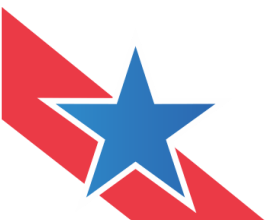
O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados através dos dados registrado no SIH – Sistema de Informações Hospitalares, no SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela **CONTRATANTE**.

1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário desde sua admissão na unidade até sua alta hospitalar, pela patologia atendida, incluindo todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter e/ou definir o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

O processo assistencial deverá se pautar pelas políticas públicas de saúde adotadas pela Secretaria Estadual de Saúde do Pará e Ministério da Saúde (MS), neste caso, portanto, com as propostas das REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, em especial a Rede de Urgência e Emergência / MS, a Política de Atenção Hospitalar, Rede Cegonha e Rede de Atenção Psicossocial-RAPS, e deverá estar de acordo com as normas deste Edital, bem como de seus anexos, que são parte integrante e indissociável deste instrumento, e deverão obedecer com as especificações, quantitativos, regulamentação do gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde.



1.1. Abrangência do processo de hospitalização.

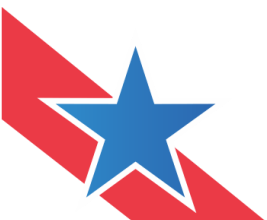
- ◆ Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento quanto na fase de recuperação;
- ◆ Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do usuário, que podem ser necessários, adicionalmente, devido as condições especiais do usuário e/ou outras causas;
- ◆ Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- ◆ Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de tratamento;
- ◆ Serviço de Nutrição e alimentação com fornecimento de refeições e insumos necessários para a elaboração, preparo e distribuição de refeições;
- ◆ Serviço de Nutrição Enteral conforme a Resolução – RDC/ MS/SNVS no 63, de 6 de julho de 2000;
- ◆ Serviço de Nutrição Parenteral conforme a Portaria no 272/MS/SNVS, de 8 de abril de 1998;
- ◆ Assistência por equipe medica especializada;
- ◆ Utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- ◆ Materiais descartáveis necessários a assistência multiprofissional;
- ◆ Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido as condições especiais do usuário;
- ◆ Acompanhante para os usuários idosos, crianças, adolescentes e gestantes;
- ◆ Sangue e hemoderivados;
- ◆ Uso de Órteses Próteses e Materiais Especiais – OPME, contempladas na tabela unificada do SUS;
- ◆ Fornecimento de enxoval hospitalar;
- ◆ Procedimentos especiais necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário de acordo com a capacidade instalada, respeitando sua complexidade;
- ◆ Serviço de apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24 horas. Os exames de apoio diagnóstico oferecidos deverão ser realizados de acordo com a capacidade instalada do equipamento e respeitando a necessidade da Unidade;
- ◆ Exame e laudo técnico de Radiologia Convencional.

2. ATENDIMENTO AS URGÊNCIAS

2.1. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados, que sejam realizados pelo Serviço de Urgência da Unidade a pessoas encaminhadas por meio do SAMU 192, Bombeiros e reguladas pela Central Estadual de Regulação – CER/SESPA.

2.2. **O Hospital atenderá, como Porta de Entrada, Urgência e Emergência** em obstetria, urgência referenciada em pediatria, com atendimento 24 horas, **de acordo com fluxo de acesso, a ser aprovado em reunião de CIB.**

2.3. Deverá ser implantado o Acolhimento dão Usuário por Classificação de Risco, priorizando o



atendimento por gravidade do caso, definida sob supervisão médica, conforme protocolo preestabelecido, e não por ordem de chegada, em consonância com as orientações do Programa Nacional de Humanização e diretrizes da SES do Pará.

2.4. Se a assistência prestada em regime de urgência na Unidade der origem a internação do usuário, não se registrara como um atendimento de Urgência e sim como um atendimento hospitalar.

2.5. Se, em consequência do atendimento de Urgência na Unidade, o usuário é colocado em regime de observação por um período menor que 24 horas, e não ocorrer a internação ao final desse período, somente será registrado o atendimento da urgência, não gerando nenhum registro de internação.

3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

3.1. Além de consultas por profissionais de saúde e o atendimento nos programas específicos, a equipe ambulatorial executa as prescrições médicas, orienta pacientes e familiares quanto ao tratamento continuado e cumpre as atribuições próprias de enfermagem, sempre cooperando com o corpo clínico e visando o bem estar do paciente, priorizando os casos mais graves ao proporcionar assistência imediata, nas seguintes especialidades clínicas e cirúrgicas: Gineco Obstetrícia, Urologia, Pediatria, Traumatologia.

3.2. O atendimento ambulatorial, que deverá ser programado para funcionar, minimamente, das 7h às 17h, de segunda à sexta-feira, compreende os seguintes itens:

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

3.2.1. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede de Saúde/SUS, ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

3.2.2. 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 da especialidade referida.

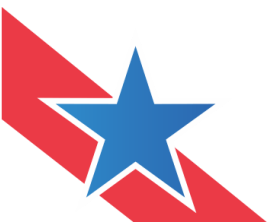
3.2.3. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

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

3.3. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, os mesmos, a partir do 2º atendimento devem ser registrados como consultas subsequentes, e informados como informações complementares, não sendo computadas como metas contratadas.

3.4. As consultas realizadas pelo Serviço Social não serão consideradas no total de consultas ambulatoriais, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

3.5. Será considerada intervenção cirúrgica ambulatorial aqueles atos cirúrgicos realizados nas salas de pequenas cirurgias do hospital que não requeiram hospitalização nem a presença obrigatória do médico anestesista e neles estão incluídos todos os procedimentos que sejam necessários realizar dentro do período de 15 dias subsequentes à intervenção cirúrgica propriamente dita.



4. SERVIÇO DE APOIO DIAGNOSTICO E TERAPÊUTICO – SADT INTERNO

4.1. O SADT interno compreende a disponibilização de exames e ações de apoio ao diagnóstico e terapêutico a usuários atendidos nas unidades de Urgência e Emergência, internados e no atendimento ambulatorial do próprio HOSPITAL PÚBLICO SANTA ROSA. Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico serão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pela NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS para os procedimentos do SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

4.2. Serão disponibilizados exames e ações de Apoio Diagnóstico e Terapêutico aos usuários atendidos na Unidade: Laboratório Clínico, Anatomia Patológica, Radiologia Convencional, Ultrassonografia Ginecológica, Endoscopia Digestiva (vídeo endoscópio), Mamografia, Eletrocardiograma.

5. SERVIÇO DE APOIO DIAGNOSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO

O SADT externo compreende a disponibilização de exames e ações de apoio ao diagnóstico e terapêutico a usuários do SUS no HOSPITAL PÚBLICO SANTA ROSA, referenciados pela Central Estadual de Regulação – CER/SESPA.

6. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Ao longo da vigência do contrato, a **CONTRATADA** e/ou a **CONTRATANTE**, poderão propor a realização de outros tipos de atividades, diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia. Essas atividades serão autorizadas pela SESPA, após análise técnica, que envolve a correspondente qualificação, física e financeira, destacada das do atendimento rotineiro do hospital e, apresentação, de forma discriminada, do orçamento econômico-financeiro. Efetuadas essas etapas, o processo será homologado através da celebração do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

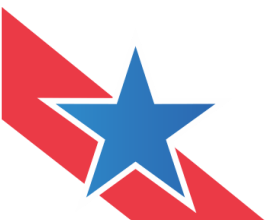
II – ESTRUTURA E VOLUME DAS ATIVIDADES CONTRATADAS**II. 1 INTERNAÇÃO****II. 1.1. Internação (Saídas Hospitalares – Enfermarias e/ou Pronto Atendimento)**

O hospital deverá realizar um número de saídas hospitalares mensais de **378 (trezentos e setenta e oito)** e **480 (quatrocentos e oitenta)** diárias de UTI/UCI de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS – Sistema Único de Saúde, distribuídos nas áreas de Ginecologia Obstetrícia Clínica e Cirúrgica, Traumatologia, Pediatria Clínica e Cirúrgica, Clínica Médica, Urologia Cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Cuidados Intermediários e áreas de Observação (desde que decorridas 24 horas em leito complementar), distribuídos de acordo com a tabela abaixo:

SAÍDAS	LOP ¹	TxP ²	Dias de funcionamento	Horas de funcionamento	Meta/mês
TOTAL GERAL SAÍDAS					378
Ginecologia Obstetrícia Clínica	14	7	30	24	60
Ginecologia Obstetrícia Cirúrgica	10	3,4	30	24	88

4

Av. João Paulo II, 602 - Marco, Belém - PA,
66087-048
Fone: (91) 4006-4200



Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br> ou Consulte o Documento em: <https://azevedobastos.not.br/documento/95901201211293311849>



CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 95901201211293311849-4
Data: 12/01/2021 20:10:39
Valor Total do Ato: R\$ 4,66
Selo Digital Tipo Normal C: AKZ97115-K4KD;



Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
<https://azevedobastos.not.br>

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

Traumatologia	8	6	30	24	40
Pediatria Clínica	10	6	30	24	50
Pediatria Cirúrgica	10	4	30	24	75
Clínica Médica	14	12	30	24	35
Urologia Cirúrgica	6	6	30	24	30
LEITOS COMPLEMENTARES					Meta/mês
TOTAL DE DIÁRIAS/MÊS					480
Diárias de UTI	10	24	30	24	240
Diárias de UCI	10	24	30	24	240

LOP: Leitos Operacionais

TxP: Média de Permanência

II. 2 ATENDIMENTO AMBULATORIAL**(Serviços Ambulatoriais Hospitalares)**

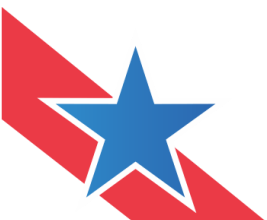
O hospital deverá realizar um número de consulta ambulatorial mensal de **2.376 (dois mil, trezentos e setenta e seis) e 500 (quinhentos)** procedimentos ambulatoriais/cirúrgicos, a pacientes egressos do próprio hospital, de acordo com o número de consultórios existentes pelo SUS – Sistema Único de Saúde, distribuídos nas especialidades clínicas e cirúrgicas: Gineco Obstetrícia, Urologia, Pediatria, Traumatologia, distribuídos de acordo com a tabela abaixo:

Consultas Ambulatoriais	Recursos Físicos	horas	Dias de funcionamento	Meta/mês
Consulta Eletiva: 0301010072 Consulta Médica em Atenção Especializada.	3	8	22	1.848
Consulta Eletiva: 0301010048 Consulta de Profissional de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto Médico)	1	8	22	528
Procedimentos	Recursos Físicos		Meta/mês	
Grupo 04 - Cirurgias Ambulatoriais	1		100	
Grupo 07 - Procedimentos de OPM	1		400	

II. 3 ATENDIMENTO À URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

O hospital deverá realizar **2.880 (dois mil, oitocentos e oitenta) atendimentos médicos (consultas e procedimentos)** de urgência e emergência por mês. São considerados os atendimentos que ocorram de forma referenciada por meio da Central Estadual de Regulação – CER/SESPA, SAMU 192, Corpo de Bombeiros, ou outro processo regulador definido pela SESPA.

O Hospital atenderá, como Porta de Entrada, Urgência e Emergência em obstetrícia, urgência referenciada em pediatria, com atendimento 24 horas, distribuídos de acordo com a tabela abaixo:



Consultas/Atendimentos de Urgência	Recursos Físicos	horas	Dias de funcionamento	Meta/mês
Consultas de urgência-0301060061 Atendimento de urgência c/ Observação de até 24 horas em Atenção Especializada 0301060061 - Atendimento de Urgência em Atenção Especializada	2	24	30	2.880

II. 4 SADT (interno e externo)

O hospital deverá realizar **13.582 (treze mil, quinhentos e oitenta e dois)** exames por mês, para usuários do SUS internados e/ou em atendimento ambulatorial e referenciados pela Central Estadual de Regulação – CER/SESPA, ou outro processo regulador definido pela SESP, distribuídos de acordo com a tabela abaixo:

Procedimentos	Recursos Físicos	horas	Dias de funcionamento	Meta/mês
Sub Grupo 0202 Diagnóstico em Laboratório Clínico	1	24	30	12.500
Sub Grupo 0204 Diagnóstico por radiologia (inclui mamografia)	1	8	22	176
Sub Grupo 0205 Diagnóstico por ultrassonografia	1	8	30	202
Sub Grupo 0209 Diagnóstico por endoscopia	1	8	30	192
02.11.02.003-6 (ECG) – Eletrocardiograma	1	24	30	256
02.11.05. Forma de Organização- Eletroencefalograma	1	24	30	256

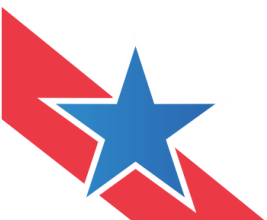
A Instituição não poderá ser penalizada com desconto, caso não ocorra demanda espontânea ou referenciada de procedimentos, em qualquer das áreas contratadas. Tal fato deverá motivar repactuação do contrato, caso ocorra em 2 ou mais avaliações semestrais.

III – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS AO CONTRATANTE

A **CONTRATADA** encaminhará ao **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por este determinadas.

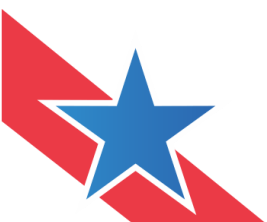
As informações solicitadas, dentre outros, referem-se aos seguintes aspectos:

- ◆ Relatórios contábeis e financeiros;
- ◆ Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- ◆ Relatório de custos;
- ◆ Censo de origem dos pacientes atendidos;



- ◆ Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- ◆ Outras informações, a serem definidas para o hospital.

Av. João Paulo II, 602 - Marco, Belém - PA,
66087-048
Fone: (91) 4006-4200



CARTÓRIO

Autenticação Digital Código: 95901201211293311849-7
Data: 12/01/2021 20:10:39
Valor Total do Ato: R\$ 4,66
Selo Digital Tipo Normal C: AKZ97118-9LAX;



CNJ: 06.870-0

Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
<https://azevedobastos.not.br>

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB



I – REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Repasse ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial da Contratada subdivide-se em 04 (quatro) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I, nas modalidades abaixo assinaladas:

(XX) Internação (Enfermaria e Pronto Atendimento);

(XX) Atendimento Ambulatorial;

(XX) Atendimento à Urgências;

(XX) SADT.

1.1. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da **CONTRATADA**.

2. Além das atividades de rotina, o HOSPITAL PÚBLICO SANTA ROSA poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização do **CONTRATANTE**, conforme especificado no item 6 do ANEXO TÉCNICO I.

3. O valor estimado do Contrato de Gestão do HOSPITAL PÚBLICO SANTA ROSA, para o período de 12 (doze) meses é de R\$: 46.800.000,00 (quarenta e seis milhões e oitocentos mil reais).

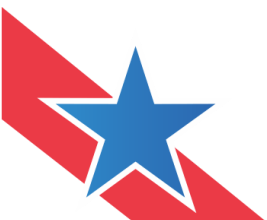
3.1. Ao término de cada período deverá ser apresentado o Plano Operativo de Gestão e Plano Orçamentário para o período de 12 (doze) meses subsequentes.

4. Os repasses à **CONTRATADA** serão efetivados mensalmente, sendo o valor global composto por:

- a) uma parte correspondente 80% (oitenta por cento) do valor mensal, calculada com base no cumprimento da produção (desempenho das metas quantitativas);
- b) uma parte correspondente a 10% (dez por cento) do valor mensal, calculada com base nos valores da tabela SIGTAP/SUS, e
- c) uma parte correspondente a 10% (dez por cento) do valor mensal, calculada com base na no alcance de indicadores de desempenho e metas qualitativas.

4.1. Os descontos financeiros a serem aplicados pelo não cumprimento das Metas de Produção Assistencial e Indicadores de Qualidade e Desempenho, serão feitos a partir da apuração TRIMESTRAL dos indicadores pactuados, incidindo sobre o primeiro repasse financeiro à **CONTRATADA** posterior à avaliação, considerando o montante somatório dos descontos pertinentes apurados para o período, com exceção ao período do primeiro quadrimestre da vigência do contrato, onde as mesmas não serão vinculadas aos repasses financeiros mensais do presente Contrato de Gestão, em razão dos ajustes necessários para a viabilização da gerência, operacionalização e execução das metas de produção, desempenho e qualidade pactuadas, bem como a implantação de sistema informatizado, seleção e capacitação de pessoal.

4.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas Tabelas que se seguem. 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 pagamento de recursos a ser efetuado à **CONTRATADA**, respeitando-se a proporcionalidade/peso de cada tipo de despesa especificada.

- 4.3. A avaliação da parte variável será realizada a cada **03 (três)** meses após a assinatura do Contrato de Gestão, podendo gerar um ajuste financeiro a menor, nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pelo HOSPITAL PÚBLICO SANTA ROSA.
5. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no ANEXO TÉCNICO I, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 20 (vinte), a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo HOSPITAL PÚBLICO SANTA ROSA.
- 5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros no SIH – Sistema de Informação Hospitalar e dos registros no SIA – Sistema de Informação Ambulatorial, de acordo com as normas e prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**.
- 5.2. Será elaborado pelo Grupo Técnico de Controle e Avaliação a ser designado em Portaria Estadual por esta SESPA, um Manual estabelecendo todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores utilizados, subsidiando a avaliação anual.
- 5.3. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas conforme designação da **CONTRATANTE**.
6. A **CONTRATANTE** procederá com a análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na cláusula oitava do Contrato de Gestão.
7. A cada período de 03 (três) meses, a **CONTRATANTE** procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de qualidade que condicionaram o valor do pagamento da parte variável citado no item 4 (quatro) deste documento.
8. Semestralmente, a **CONTRATANTE** procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela **CONTRATADA**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão.
9. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajustes semestral e anual do Contrato de Gestão.
10. A análise referida no item 8 (oito) deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONTRATADA** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades do hospital, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

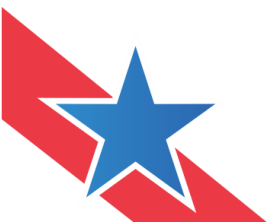
II – SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

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

1. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE

9

Av. João Paulo II, 602 - Marco, Belém - PA,
66087-048
Fone: (91) 4006-4200



Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br> ou Consulte o Documento em: <https://azevedobastos.not.br/documento/95901201211293311849>



CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 95901201211293311849-9
Data: 12/01/2021 20:10:39
Valor Total do Ato: R\$ 4,66
Selo Digital Tipo Normal C: AKZ97120-X6X9;



Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
<https://azevedobastos.not.br>

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, em terça-feira, 12 de janeiro de 2021 20:12:20 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

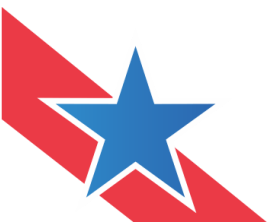
(Parte variável do Contrato de Gestão – 10%)

Os valores percentuais apontados na tabela inserida no ANEXO TÉCNICO III, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 4 (quatro) deste documento.

INDICADOR		PONTUAÇÃO
1	PROCEDIMENTOS LIBERADOS E LEITOS CONFIRMADOS PARA A CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO - CER (% DE PROCEDIMENTOS + % LEITOS CONFIRMADOS/2)	Acima de 90% DA META = 100 PTOS
		89 A 80% DA META = 80 PTOS
		79 A 70% DA META = 50 PTOS
		69 A 70% DA META = 30 PTOS
		INFERIOR A 50% DA META: NÃO PONTUA
2	SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES E DOS PACIENTES DO HOSPITAL	80% OU MAIS DE BOM E ÓTIMO = 100 PTOS
		79 A 50% = 75 PTOS
		INFERIOR A 50% : NÃO PONTUA
3	HUMANIZAÇÃO	DE 100 a 75% DE SERVIÇOS IMPLANTADOS/ IMPLEMENTADOS = 100 PTOS
		74 A 50% = 50 PTOS
		INFERIOR A 50% = NÃO PONTUA
4	OUVIDORIA	ENCAMINHAMENTO DE 80% OU MAIS = 100 PTOS
		79 A 70% = 80 PTOS
		69 A 60% = 50 PTOS
		69 A 50% = 30 PTOS
		INFERIOR A 50% = NÃO PONTUA
5	TAXA DE CIRURGIA SEGURAS (PACIENTE SEGURO)	ENCAMINHAMENTO DE 80% OU MAIS: 100 PTOS
		79 A 70% = 80 PTOS
		69 A 60% = 50 PTOS
		69 A 50% = 30 PTOS
		INFERIOR A 50% = NÃO PONTUA
6	DENSIDADE DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGÜÍNEA ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL (IAVC)	DENSIDADE DE IAVC INFERIOR OU IGUAL A 20% = 100 PTOS
		21 A 30% = 75 PTOS
		31 A 40% = 50 PTOS
		SUPERIOR A 40 % = NÃO PONTUA
7	TAXAS DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR AMBULATORIAL (TAXAS DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR + AMBULATORIAL/2)	SUPERIOR OU IGUAL A 85% = 100 PTOS
		84 A 70% = 80 PTOS
		69 A 50% = 50 PTOS
		INFERIOR A 50% = NÃO PONTUA

10

Av. João Paulo II, 602 - Marco, Belém - PA,
66087-048
Fone: (91) 4006-4200



Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br> ou Consulte o Documento em: <https://azevedobastos.not.br/documento/95901201211293311849>



CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 95901201211293311849-10
Data: 12/01/2021 20:10:39
Valor Total do Ato: R\$ 4,66
Selo Digital Tipo Normal C: AKZ97121-OPSB;



Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estados, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
<https://azevedobastos.not.br>

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, em terça-feira, 12 de janeiro de 2021 20:12:20 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

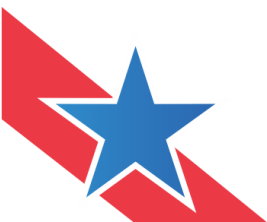
8	QUALIDADE DE INFORMAÇÃO	SUPERIOR OU IGUAL A 85% = 100 PTOS
		84 A 70% = 80 PTOS
		69 A 50% = 50 PTOS
		INFERIOR A 50% = NÃO PONTUA

2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

(Parte fixa do Contrato de Gestão – 90%)

2.1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes ao período de avaliação, que ocorrerão semestralmente.

2.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas Tabelas que se seguem. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial no ANEXO TÉCNICO I e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a serem efetuados à **CONTRATADA**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa.



PESOS DAS METAS QUANTITATIVAS

Tabela I - Peso dos grupos de procedimentos

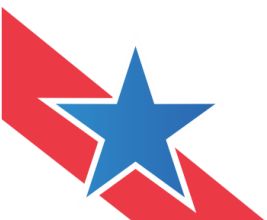
GRUPO	PESO %
GRUPO I – Consultas Médicas de Especialidades	15%
GRUPO VI – Exames de Bioimagem	15%
GRUPO VIII – Saídas Hospitalares	25%
GRUPO IX - Diárias de UTI	30%
GRUPO XI - Cirurgias	15%

Tabela II - Peso das saídas por especialidades

ESPECIALIDADES	PESO%
Traumatoortopedia/urologia	70%
Clinica Cirúrgica	30%

Tabela III - Peso das saídas da clínica cirúrgica, por especialidades

ESPECIALIDADES	PESO%
Traumatoortopedia/urologia	70%
Clinica Cirúrgica	30%



ANEXO TÉCNICO III – INDICADORES DE METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS

INDICADORES DE QUALIDADE

Os indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Trimestralmente serão avaliados os Indicadores de Qualidade podendo os mesmos serem alterados ou introduzido novos parâmetros e metas sendo que o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período, torna esse indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisito para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém, já não tem efeito financeiro.

IMPORTANTE: Alguns indicadores têm sua acreditação para efeito de pagamento do 1º, ou no 2º, ou no 3º ou no 4º trimestres. Isso não significa que somente naquele período estarão sendo avaliados. A análise de cada indicador, a elaboração de pareceres avaliatórios e o encaminhamento dessa avaliação ao hospital serão efetuados mensalmente, independentemente do trimestre onde ocorrerá a acreditação de cada indicador para o respectivo pagamento.

Será elaborado um Manual que estabelece todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do Contrato de Gestão. O Manual que subsidiará a avaliação dos anos de 2020/2025, encontram-se descritos a seguir.

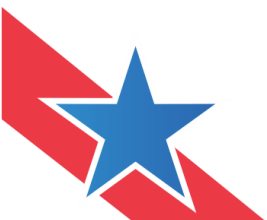
Os indicadores constantes da proposta de trabalho constituem obrigação contratual.

Fica a CONTRATADA obrigada a apresentar a totalidade dos indicadores de qualidade previstos na sua Proposta de Trabalho.

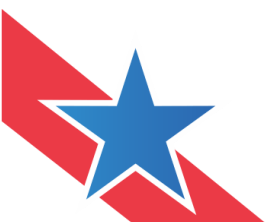
Para fins de aferição e do pagamento correspondente à parte variável (10%) serão observados os indicadores especificados no Manual de Indicadores para parte variável.

METAS E INDICADORES PARA 2020/2025

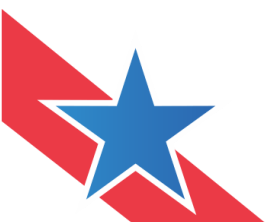
INDICADOR	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE AFERIÇÃO
1 PROCEDIMENTOS LIBERADOS E LEITOS CONFIRMADOS PARA A CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO - CER (% DE PROCEDIMENTOS + % LEITOS CONFIRMADOS/2)	DISPONIBILIZAR 100% DOS PROCEDIMENTOS PACTUADOS E LEITOS, POR INTERMÉDIO DA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO – CER.	Acima de 90% DA META = 100 PTOS	CER
		89 A 80% DA META = 80 PTOS	
		79 A 70% DA META = 50 PTOS	
		69 A 70% DA META = 30 PTOS	
		INFERIOR A 50% DA META: NÃO PONTUA	
2 SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES E	GARANTIR A SATISFAÇÃO DOS	80% OU MAIS DE BOM E ÓTIMO: 100 PTOS	relatório mensal



	DOS PACIENTES DO HOSPITAL	RESPONSÁVEIS E FAMILIARES MAIOR OU IGUAL A 75%.	79 A 50% = 75 PTOS	
			INFERIOR A 50% : NÃO PONTUA	
3	HUMANIZAÇÃO	MANUTENÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS 7 (SETE) AÇÕES PRIORITÁRIAS A HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.	DE 100 a 75% DE SERVIÇOS IMPLANTADOS/IMPLEMENTADOS: 100 PTOS	relatório mensal
			74 A 50% = 50 PTOS	
			INFERIOR A 50% : NÃO PONTUA	
4	OUVIDORIA	ENCAMINHAMENTO AS ADEQUADO A 80% MANIFESTAÇÕES APRESENTADAS.	ENCAMINHAMENTO DE 80% OU MAIS: 100 PTOS	relatório mensal
			79 A 70% = 80 PTOS	
			69 A 60% = 50 PTOS	
			69 A 50% = 30 PTOS	
			INFERIOR A 50% : NÃO PONTUA	
5	TAXA DE CIRURGIA SEGURAS (PACIENTE SEGURO)	UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE CIRURGIAS SERGURAS EM 100% DAS CIRURGIAS REALIZADAS NO HOSPITAL	ENCAMINHAMENTO DE 80% OU MAIS: 100 PTOS	relatório mensal
			79 A 70% = 80 PTOS	
			69 A 60% = 50 PTOS	
			69 A 50% = 30 PTOS	
			INFERIOR A 50% : NÃO PONTUA	
6	DENSIDADE DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUINEA ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL (IAVC)	MANTER A DENSIDADE DE IAVC INFERIOR OU IGUAL A 20	DENSIDADE DE IAVC INFERIOR OU IGUAL A 20% = 100 PTOS	relatório mensal
			21 A 30% = 75 PTOS	
			31 A 40% = 50 PTOS	
			SUPERIOR A 40% : NÃO PONTUA	
7	TAXAS DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR AMBULATORIAL (TAXAS DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR + AMBULATORIAL/2)	MANTER AS TAXAS DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL COM MÉDIAS SUPERIORES OU IGUAIS A 85%	SUPERIOR OU IGUAL A 85% = 100 PTOS	relatório mensal do hospital
			84 A 70% = 80 PTOS	relatório mensal da DDASS (SIA, SIH, e da CER)
			69 A 50% = 50 PTOS	
			INFERIOR A 50%: NÃO PONTUA	
8	QUALIDADE DE INFORMAÇÃO	RELAÇÃO ENTRE O VALOR	SUPERIOR OU IGUAL A 85% = 100	relatório da



		TOTAL APRESENTADO E O	PTOS	DDASS de glosas (SIA + SIH) + relatório de SIA E SIH
		VALOR TOTAL ESTIMADO	84 A 70% = 80 PTOS	
		(Valor apresentado/Valor total estimado X100)	69 A 50% = 50 PTOS	
			INFERIOR A 50% = NÃO PONTUA	



ANEXO IV – TERMO DE CESSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS Nº 002/SESPA/2020

Termo de Cessão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado do, Pará por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SESPA** e o **INSTITUTO DIRETRIZES**, qualificada como Organização Social, com o objetivo de autorizar o uso de bens móveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **HOSPITAL PÚBLICO SANTA ROSA**, localizado à Rua Joaquim Mendes Contente, 1360 – Santa Rosa, CEP: 68440-000 – Abaetetuba/PA, em regime de 24 horas/dia, por um período de 60 (sessenta) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos da Lei Estadual 5.980/96 e suas alterações posteriores; para os fins que se destina.

CEDENTE

O ESTADO DO PARÁ, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.054.929/0001-17, com sede nesta cidade, na João Paulo II, nº 602, neste ato representada por seu Secretário de Estado de Saúde Pública **ALBERTO BELTRAME**, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade RG nº 9026633132 – SSP-RS e inscrito no CPF/MF sob o nº 308.910.510-15, residente e domiciliado na rua Municipalidade, nº 1031, apto 1700, doravante denominado CEDENTE.

CESSIONÁRIA

O **INSTITUTO DIRETRIZES - ID** inscrita no CNPJ nº 10.946.361/0001-89, com endereço no Município de Santo André, situado na Av. Industrial, nº 780, conjunto 1111, com Estatuto registrado no dia 19/12/2019, prenotado sob o número 55268 perante 1 Oficial do Registro Civil de Pessoas Jurídicas da Comarca de Santo André, São Paulo, neste ato representado por seu Representante Legal **KATIA PAZINATO GREGATTI**, brasileira, divorciada, advogada, RG nº 30.531.984-X, portadora do CPF nº 220.693.688-74, com endereço profissional na Rua Oragnof, nº 45, Planalto, São Bernardo do Campo – SP, CEP: 09890-400, por sua vez devidamente representada pelo mediante outorga de procuração pública por **MARCELO UBIRAJARA CARNEIRO**, brasileiro, casado, médico, portador da cédula de identidade RG nº 12.171.029 e do CPF/MF nº 101.154.278-13, com endereço na Av. Dr. Marcos Penteado de Uchoa Rodrigues, 1119, sala 1906, Barueri-SP, CEP: 06460-040, neste ato denominado CESSIONÁRIA.

Cláusula Primeira – DO OBJETO:

O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, imediatamente após assinatura do contrato de gestão e antes do início da gestão no HOSPITAL PÚBLICO SANTA ROSA, localizado à Rua Joaquim Mendes Contente, 1360 – Santa Rosa, CEP: 68440-000 – Abaetetuba/PA, pela organização social de saúde.

Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão nº 002/SESPA/2020.

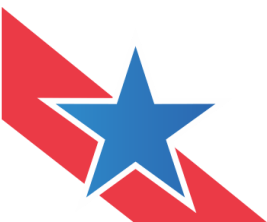
Cláusula Segunda – DAS OBRIGAÇÕES:

Constituem obrigações da CESSIONÁRIA:

- I. Zelar pela integridade do(s) bem(ns), conservando-o(s) em perfeito estado;
- II. Devolver o(s) bem(ns), objeto(s) do presente ajuste, em perfeitas condições, ressalvado o seu desgaste normal;

16

Av. João Paulo II, 602 - Marco, Belém - PA,
66087-048
Fone: (91) 4006-4200



Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br> ou Consulte o Documento em: <https://azevedobastos.not.br/documento/95901201211293311849>



CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 95901201211293311849-16
Data: 12/01/2021 20:10:40
Valor Total do Ato: R\$ 4,66
Selo Digital Tipo Normal C: AKZ97127-Z9GQ;



Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
<https://azevedobastos.not.br>

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Válber Azevêdo de Miranda Cavalcanti, em terça-feira, 12 de janeiro de 2021 20:12:20 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelaionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

- III. Encaminhar anualmente inventário do(s) bem(ns) em consonância com os procedimentos estabelecidos pela Área de Controle de Bens da CEDENTE.
- IV. Permitir à CEDENTE a fiscalização do(s) bem(ns).
- V. Em caso de perda, a qualquer título, ou dano no(s) bem(ns) cedido(s), ressarcir a CEDENTE pelos prejuízos causados, podendo, a critério da CEDENTE, tal reposição ser realizada por bem(ns) de igual valor, espécie, qualidade e quantidade.

Cláusula Terceira – DA RESCISÃO:

O presente Termo poderá ser rescindido pelo descumprimento de quaisquer Cláusulas ou condições nele pactuadas, que o torne formal ou materialmente inexecutável, bem como por ato unilateral do CESSIONÁRIO, mediante aviso prévio com antecedência mínima de 120 (cento e vinte) dias.

Cláusula Quarta – DO PRAZO DE VIGÊNCIA:

O referido instrumento tem validade de 60 (sessenta) meses a contar da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado mediante interesse das partes.

Cláusula Quinta – DA PUBLICAÇÃO:

A publicação do extrato do presente Termo de Cessão de Uso no Diário Oficial do Estado, será de responsabilidade da CEDENTE, devendo ser providenciada dentro de 10 (dez) dias, contados da data de sua assinatura.

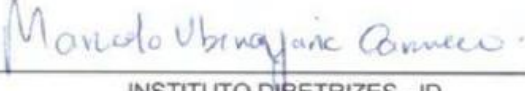
Cláusula Sexta – DO FORO:

Fica eleito o Foro da Comarca de Belém, Estado do Pará, para dirimir quaisquer dúvidas e/ou questões oriundas deste termo, sendo que os casos omissos poderão ser resolvidos de comum acordo entre as partes, mediante a celebração de Termo Aditivo.

E, por estarem avençadas e acordadas, as partes assinam o presente Termo de Cessão de Uso em 02 (duas) vias de igual teor e forma na presença das testemunhas.

Belém, 15 de Janeiro de 2020.


ALBERTO BELTRAME
SECRETARIO DE ESTADO DE SAÚDE


INSTITUTO DIRETRIZES - ID
CNPJ nº 10.946.361/0001-89

TESTEMUNHAS:
Nome:
RG n. CPF n.

Nome:
RG n. CPF n.

17

Av. João Paulo II, 602 - Marco, Belém - PA,
66087-048
Fone: (91) 4006-4200

