

Secretaria de  
Estado da  
Saúde



ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**Edital**  
**INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2022-SES/GO**

**PROCESSO: 202000010037536**

**TIPO: MELHOR TÉCNICA**

**OBJETO:** Seleção de organização social em saúde para celebração de Contrato de Gestão objetivando à celebração de Contrato de Gestão para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**, localizado na Praça Sebastião Xavier nº 66 Bairro Centro, Itumbiara - GO CEP: 75513-540, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, estando o presente Edital regido pela Lei Estadual nº 15.503/2005 e suas alterações, Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás e suas alterações, e subsidiariamente à Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações.

**SESSÃO DE ABERTURA: 17 de março de 2022 às 09:00 horas**, na sede da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, situada no edifício sede da SES/GO, Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP: 74.860-270, telefone (62) 3201-3840/3800.

**AVISO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2022**

O **ESTADO DE GOIÁS**, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES, nos termos do Despacho Governamental nº 64/2022 (v. 000027021690), devidamente publicado no Diário Oficial nº 23.727 (v. 000027046922), torna público, para conhecimento dos interessados que está disponível no sítio eletrônico [www.saude.go.gov.br](http://www.saude.go.gov.br), o instrumento de **CHAMAMENTO PÚBLICO nº 03/2022**, tipo melhor técnica, destinado à seleção de organização social para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**, localizado na Praça Sebastião Xavier nº 66 Bairro Centro, Itumbiara - GO CEP: 75513-540, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, estando o presente Edital regido pela Lei Estadual nº 15.503/2005 e suas alterações, Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás e suas alterações, e subsidiariamente, à Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações, atendendo ao seguinte cronograma proposto:

<u>EVENTOS</u>	<u>DATA</u>
Prazo máximo para Pedidos de Esclarecimento	19/02/2022
Prazo máximo para Pedidos de Impugnação ao Edital	10/03/2022
Divulgação da Nota de Esclarecimento	02/03/2022
Divulgação de resposta sobre Impugnação ao Edital	14/03/2022

Entrega dos Envelopes

17/03/2022 às 09:00 horas

Fica estabelecido como meio de comunicação com a Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP/GAB/SESGO, o e-mail [comissaochamamentogoias@gmail.com](mailto:comissaochamamentogoias@gmail.com).

As sessões públicas, relativas ao presente Chamamento Público, serão realizadas na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás SES/GO, situada na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia – Goiás.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS

COMISSÃO INTERNA DE CHAMAMENTO PÚBLICO

PORTARIA Nº 428/2021-GAB/SESGO

Telefone/Fax (62) 3201-3840 / 3800

**I – OBJETO**

**1.1.** Seleção de organização social de saúde para celebração de Contrato de Gestão objetivando o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no **HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**, localizado na Praça Sebastião Xavier nº 66 Bairro Centro, Itumbiara - GO CEP: 75513-540 , em regime de 24 (vinte e quatro) horas, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8º-A, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005.

**II – PROCEDIMENTO**

**2.1.** Chamamento Público que visa selecionar organização social de saúde interessada na celebração de Contrato de Gestão. O presente Instrumento está respaldado na Lei Estadual nº 15.503/2005 e suas alterações, na Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás e suas alterações, e subsidiariamente na Lei Federal nº 8.666/1993 e suas alterações.

**2.2.** A presente seleção será conduzida pela Comissão Interna de Chamamento Público – CICIP/SESGO, devidamente instituída pelo Secretário de Estado da Saúde, por intermédio da Portaria nº 428/2021–GAB/SES/GO, atualmente vigente, (ou outra Portaria que seja editada pela autoridade competente para esse fim), publicada no Diário Oficial do Estado em 20 de abril de 2021, que obedecerá às etapas constantes nos incisos I, II e III do art. 6–B da Lei Estadual nº 15.503/2005.

**2.2.1.** Os membros da citada Comissão não serão remunerados.

**2.3.** Não será admitida a participação de entidade que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista com a autoridade competente, os membros da Comissão, o subscritor do edital ou algum dos membros da respectiva equipe de apoio, nos termos do artigo 9º da Lei Federal nº 8.666/93.

**2.4.** As organizações proponentes, seus representantes ou outros interessados, deverão abster-se de entrar em contato com os membros da Comissão Interna de Chamamento Público – CICIP/SES-GO, sob pena de comprometer o sigilo e a imparcialidade no julgamento, podendo haver, no caso de comprovação do ato, a sanção da inabilitação e/ou desclassificação da proponente do presente Chamamento Público.

**III – CRONOGRAMA**

<b>EVENTOS</b>	<b>DATA</b>
<b>Prazo máximo para Pedidos de Esclarecimento</b>	19/02/2022
<b>Prazo máximo para Pedidos de Impugnação ao Edital</b>	10/03/2022
<b>Divulgação da Nota de Esclarecimento</b>	02/03/2022
<b>Divulgação de resposta sobre Impugnação ao Edital</b>	14/03/2022
<b>Entrega dos Envelopes</b>	17/03/2022 às 09:00 horas

**IV – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO e REPRESENTAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS**

**4.1.** Podem participar, da presente seleção, organizações sociais de saúde devidamente qualificadas no âmbito do Estado de Goiás, conforme Lei Estadual nº 15.503/2005, registradas comprovadamente por documento reconhecido no Conselho Regional de Medicina – CRM, de forma provisória ou definitiva, e no Conselho Regional de Administração – CRA da sede da instituição, que obedecem aos critérios de finalidade da legislação pertinente e que façam constar em seu estatuto atividade compatível ao desenvolvimento de projetos nas áreas da saúde, mediante a execução direta de projetos, programas, planos de ações correspondentes e tornem viáveis a transparência, com a responsabilização dos atos praticados.

**4.1.1.** Na hipótese da instituição vencedora do certame não ter sua sede no Estado de Goiás, deverá providenciar, até a assinatura do Contrato de Gestão, seu registro junto ao Conselho Regional Medicina de Goiás e ao Conselho Regional de Administração de Goiás.

**4.1.2.** Caso a instituição vencedora do certame ainda não possua filial no Município da Unidade a ser administrada, a referida organização social terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a assinatura do Contrato de Gestão, para realizar a instalação de uma filial nesse Município, salientando-se que essa instalação não poderá ocorrer nas dependências da Unidade a ser gerenciada, em concordância com a Minuta do Contrato que integra esse instrumento público de chamamento.

**4.2.** As organizações sociais interessadas, antes da elaboração de suas propostas, deverão proceder à verificação e comparação minuciosa de todos os elementos técnicos fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

**4.3.** As organizações sociais deverão assumir todos os custos associados à elaboração de suas propostas, não cabendo nenhuma indenização pela aquisição dos elementos necessários e à apresentação dessas.

**4.4.** Não poderão participar do presente certame:

a) Instituições declaradas inidôneas pelo Poder Público.

b) Instituições consorciadas.

c) Instituições impedidas de contratar com a Administração Pública.

d) Instituições que estejam, de qualquer forma, inadimplentes com o Estado de Goiás ou cumprindo sanções aplicadas pela Administração Pública.

**4.5.** Fica estabelecida a validade mínima da proposta por 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data da abertura de seu envelope pela Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP/GAB/SES-GO.

**4.6.** A organização social, na respectiva sessão pública, poderá ser representada por dirigente, mediante apresentação da cópia da ata de eleição da sua Diretoria, juntamente com os correspondentes documentos pessoais, ou por procurador, mediante instrumento, público ou particular, conferindo-lhe amplos poderes de representação em todos os atos e termos do Chamamento Público, juntamente com seus documentos pessoais, observando-se o artigo 3º, inciso I, da Lei Federal nº 13.726/2018.

**4.7.** É vedada, a qualquer pessoa física ou jurídica, a representação de mais de uma organização social na presente seleção.

**4.8.** Para manter a ordem durante a sessão pública, será permitida somente a presença de 2 (dois) representantes/procuradores de cada organização social participante.

**4.9.** Ficará impedido de quaisquer manifestações a fatos relacionados com a presente seleção, o representante da organização social participante que não apresentar o instrumento de procuração ou cuja documentação não atenda às especificações supracitadas.

**V – DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA**

**5.1.** A DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO e a PROPOSTA DE TRABALHO deverão ser entregues no dia e horário estabelecidos neste instrumento, observando-se os trâmites estabelecidos nos itens 6.1 e 6.1.1, em 02 (dois) envelopes distintos e opacos, devidamente fechados e rotulados de “Envelope 01” e “Envelope 02”.

**5.1.1.** Todos os documentos presentes nos supracitados envelopes deverão estar encadernados, com indicação sequencial do número de páginas e índice.

**ENVELOPE 01: DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2022

(razão social e endereço da entidade)

**ENVELOPE 02: PROPOSTA DE TRABALHO**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2022

(razão social e endereço da entidade)

**5.2.** Os envelopes referidos no subitem 5.1 deverão ser rotulados externamente com os seguintes informes:

**5.3. ENVELOPE 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO:** deverá conter, em original ou cópia (observando-se o artigo 3º, inciso II, da Lei Federal nº 13.726/18), os seguintes documentos, obedecida a seguinte ordem:

a) Ato constitutivo ou estatuto social em vigor, registrado em cartório, com certidão narrativa do cartório competente das últimas alterações, ou qualquer outro documento oficial apto a comprovar que o ato constitutivo/estatuto social apresentado é o último registrado, emitidos, no máximo, 60 (sessenta) dias antes da data de apresentação dos envelopes.

- b)** Ata de eleição de todos os membros da atual Diretoria.
- c)** Relação nominal de todos os dirigentes da Organização Social, devidamente acompanhada de cópia autenticada do CPF, RG e comprovante de endereço dos mesmos.
- d)** Prova de inscrição no CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas compatível com o objeto da seleção.
- e)** Prova de regularidade para com a Fazenda Federal e Seguridade Social, por meio de Certidão Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais, à Dívida Ativa da União e Contribuições Social, expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional ([www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)).
- f)** Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos estaduais (ICMS) da sede da proponente e do Estado de Goiás ([www.sefaz.go.gov.br](http://www.sefaz.go.gov.br)).
- g)** Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos mobiliários municipais da sede da proponente.
- h)** Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, por meio de Certificado de Regularidade Fiscal – CRF, expedida pela Caixa Econômica Federal ([www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)).
- i)** Cópia autenticada ou extrato de balanço patrimonial e demonstração contábil do último exercício social, já exigíveis na forma da lei, que comprove a boa situação financeira da proponente, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios.
- i.1)** O referido balanço, quando escriturado em forma não digital, deverá ser devidamente certificado por profissional registrado no Conselho de Contabilidade, mencionando, obrigatoriamente, o número do livro diário e folha em que o mesmo se acha transcrito. Se possível, apresentar também termos de abertura e de encerramento dos livros contábeis.
- i.2)** O referido balanço quando escriturado em livro digital deverá vir acompanhado de “Recibo de entrega de livro digital”, apresentando, se possível, termos de abertura e de encerramento dos livros contábeis.
- i.3)** A comprovação da boa situação financeira da empresa proponente será efetuada com base no balanço apresentado, a ser formulada, formalizada e apresentada pela proponente, e assinada por profissional registrado no Conselho de Contabilidade, aferida mediante índices e fórmulas abaixo especificadas:
- ILG = (AC+RLP) / (PC+ELP) ≥ 1**
- ILC = (AC) / (PC) ≥ 1**
- ISG = AT/ (PC+ELP) ≥ 1**
- Em que:**
- ILG** = Índice de Liquidez Geral
- ILC** = Índice de Liquidez Corrente
- ISG** = Índice de Solvência Geral
- AT** = Ativo Total
- AC** = Ativo Circulante
- RLP** = Realizável em Longo Prazo
- PC** = Passivo Circulante
- ELP** = Exigível em Longo Prazo
- i.4)** As instituições que apresentarem resultado menor que 01 (um), em qualquer dos índices citados no subitem anterior, estarão inabilitadas do presente certame.
- i.5)** As instituições constituídas no ano em exercício deverão apresentar o Balanço de Abertura, dispensando-se o exigido na alínea “i” e subalíneas “i.3” e “i.4” acima.
- j)** Declarações do Anexo X:
- j.1)** Declaração de Validade Jurídica da Proposta;
- j.2)** Declaração de Cumprimento das Leis Trabalhistas, prevista no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal de 1988;
- j.3)** Declaração de Visita Técnica no **HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**, localizado na Praça Sebastião Xavier nº 66 Bairro Centro, Itumbiara - GO CEP: 75513-540. A visita deverá ser agendada previamente na SES/GO, por meio do e-mail [comissaochamamentogoiás@gmail.com](mailto:comissaochamamentogoiás@gmail.com), onde serão ofertadas as devidas orientações de quem será responsável pela condução da visita;
- j.4)** Declaração de Conhecimento/Cumprimento da Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás;
- j.5)** Declaração de Conhecimento/Cumprimento da Lei Estadual nº 15.503/2005.
- j.6)** Declaração que irá observar e cumprir todas as especificações presentes no Edital de Chamamento Público nº 08/2021, Termo de Referência e seus Anexos, Contrato de Gestão e seus Anexos Técnicos.
- j.7)** Declaração do representante legal de que não ocupa Cargo ou Função de Chefia ou Assessoramento, em qualquer nível, na área pública de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
- k)** Comprovante de registro no Conselho Regional de Medicina – CRM e Conselho Regional de Administração – CRA do Estado sede da instituição, devendo ser observado o disposto no subitem 4.1.1.
- l)** Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa, nos termos da Lei Federal nº 12.440/2011, com validade de 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição (disponível nos portais eletrônicos da Justiça do Trabalho – Tribunal Superior do Trabalho, Conselho Superior da Justiça do Trabalho e Tribunais Regionais do Trabalho).
- m)** Cópia do Decreto Estadual ou a publicação no Diário Oficial do Estado de Goiás que qualificou a instituição como Organização Social de saúde no âmbito do Estado de Goiás.
- n)** Documento de aprovação, por parte do Conselho de Administração, da proposta do contrato de gestão, nos termos do inciso II do art. 4º da Lei Estadual nº 15.503/05.
- o)** Mídia digital contendo o arquivo eletrônico de toda a documentação apresentada também na fase de habilitação.
- p)** Ata de eleição do atual Conselho de Administração e lista de associados, com o competente registro em cartório.

5.3.1. Será admitida a comprovação de regularidade fiscal e trabalhista mediante a apresentação de certidão positiva com efeitos negativos, nos termos da Lei.

5.4. **Envelope 02 – PROPOSTA DE TRABALHO** deverá ser materializada tendo como base as condições estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, com documentos em original ou cópia (obedecendo o artigo 3º, inciso II, da Lei Federal nº 13.726/18), observados os seguintes requisitos:

5.4.1. A Proposta de Trabalho, elaborada segundo o roteiro apresentado no **ANEXO II**, deverá ser iniciada por índice que relacione todos os documentos e as folhas em que se encontram. Será apresentada em uma única via, **em arquivo eletrônico e impresso**, devidamente encadernada, numerada sequencialmente, da primeira à última folha, **já rubricada** pelo representante legal da OS, sem emendas ou rasuras, na forma original, para fins de apreciação quanto aos parâmetros para pontuações previstas, devendo também conter os elementos abaixo indicados, obedecida a seguinte ordem:

I. Proposta de Trabalho contendo o seu plano operacional, em arquivo eletrônico e impresso, expressando:

a) Número do Chamamento Público de seleção e o objeto do mesmo.

b) Apresentação da Proposta de Trabalho, conforme roteiro, previsto pela Secretaria de Estado da Saúde contendo indispensavelmente:

b.1) Definição das metas operacionais, indicativas de melhoria da eficiência e qualidade do serviço, do ponto de vista econômico, operacional e administrativo e os respectivos prazos e formas de execução.

b.2) Apresentação de indicadores adequados de desempenho, qualidade, produtividade, econômico-financeiros e de expansão, na prestação dos serviços autorizados.

b.3) Especificação do orçamento para execução da Proposta de Trabalho, conforme modelo definido pela Secretaria de Estado da Saúde.

5.4.2. Será **DESCLASSIFICADA** a proponente cuja Proposta de Trabalho não atenda às especificações técnicas constantes nos ANEXOS deste Instrumento.

5.5. Após a data e horário estabelecidos para a entrega dos invólucros, nenhum envelope poderá mais ser recebido, respeitando-se os trâmites estabelecidos nos itens 6.1 e 6.1.1.

5.6. Em nenhuma hipótese, será concedido prazo para apresentação ou substituição de documentos exigidos e não inseridos nos envelopes “01” e “02”. No entanto, a seu exclusivo critério, a Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP, poderá solicitar informações e/ou esclarecimentos complementares que julgarem necessários.

5.7. Serão lavradas atas circunstanciadas das sessões de abertura dos envelopes contendo os Documentos de Habilitação e as Propostas de Trabalho.

5.8. Não será levado em consideração nenhum outro documento anexado além daqueles indicados no Chamamento Público, e não será permitida a realização de alteração no modelo da Proposta de Trabalho, devendo ser preenchidos todos os seus respectivos campos, rubricadas todas as folhas e assinada ao final.

5.9. Qualquer Proposta de Trabalho em desacordo com as exigências deste Instrumento será desclassificada.

## VI – HABILITAÇÃO, JULGAMENTO e HOMOLOGAÇÃO

6.1. No dia e horário previstos neste Ato Público Convocatório, os interessados deverão entregar à Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP, os envelopes correspondentes à **DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO** e à **PROPOSTA DE TRABALHO**, serão ofertados 15 (quinze) minutos de tolerância para a entrada de retardatários.

6.1.1. Após a abertura do primeiro envelope (**ENVELOPE 01 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**) não mais será admitida a participação de retardatários, e nenhum outro envelope poderá mais ser recebido.

6.2. Na sessão pública designada, abrir-se-ão, na presença dos interessados, inicialmente, os envelopes concernentes aos documentos de **HABILITAÇÃO**, os quais, após as necessárias vistas e conferências pela Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP, serão rubricados por essa e pelos representantes presentes.

6.2.1. É facultado aos representantes das instituições presentes, bem como aos membros da Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP, elegerem, por unanimidade, um único interessado para assinar os referidos documentos, devendo constar em ata o procedimento de eleição.

6.3. Abertos os envelopes referentes à **HABILITAÇÃO**, a Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP, a seu juízo exclusivo, poderá apreciar os documentos de cada organização social e, na mesma reunião, divulgar o nome das instituições habilitadas ou das inabilitadas ou, conforme a necessidade da situação posta, suspender a sessão para realização de diligências ou consultas, bem como para análise da própria documentação de habilitação.

6.3.1. Se, eventualmente, surgirem dúvidas que não possam ser dirimidas de imediato, essas questões serão consignadas em ata e a conclusão da habilitação dar-se-á em sessão convocada previamente mediante notificação, que poderá ser efetivada por meio eletrônico.

6.4. Será **INABILITADA** a instituição que deixar de apresentar qualquer um dos documentos exigidos no **ENVELOPE 1 – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO** ou apresentá-los vencidos na data de sua apresentação ou fora do prazo de validade.

6.5. A fase de habilitação será encerrada pela Comissão Interna de Chamamento Público – CICIP quando todos os interessados forem considerados habilitados ou inabilitados, ressalvado, nesse último caso, a possibilidade de a Administração valer-se do disposto no §3º, do artigo 48, da Lei Federal nº 8.666/93, a critério da Comissão.

6.5.1. Após julgamento da habilitação, os envelopes das Propostas de Trabalho das instituições inabilitadas, ainda em poder da Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP, ficarão lacrados à disposição dessas instituições a partir do 3º dia útil após a homologação do resultado definitivo do Chamamento Público, permanecendo em posse desta pelo prazo de 3 (três) meses.

6.6. A inabilitação da instituição importa preclusão do seu direito de participar das fases subsequentes.

6.7. Ultrapassada a fase de habilitação, serão convocados os representantes das instituições habilitadas a comparecerem à sessão pública para abertura dos envelopes das Propostas de Trabalho, mediante notificação direta ou por meio eletrônico, ficando sob a guarda da Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP, designada pela Portaria nº 428/2021 – GAB/SES-GO atualmente vigente, (ou outra Portaria que seja editada pela autoridade competente para esse fim), devidamente lacrados e rubricados no fecho pelos seus membros e pelos representantes das instituições presentes, podendo esses usufruírem da faculdade prevista no item 6.2.1.

6.7.1. Após a fase de habilitação, não caberá desistência das propostas, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente e aceito pela Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP.

6.8. Na sessão pública designada, abrir-se-ão, na presença dos interessados, os envelopes concernentes às Propostas de Trabalho, das quais, após as necessárias vistas e conferências pela Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP, serão rubricadas por essa e pelos respectivos representantes presentes, podendo esses usufruírem da faculdade prevista no item 6.2.1.

6.8.1. Abertas as propostas, não caberá, por parte da Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP, desclassificar qualquer dos concorrentes por motivo relacionado com a habilitação, salvo em razão de fatos supervenientes ou só conhecidos após o julgamento.

**6.9.** Abertos os envelopes das **PROPOSTAS DE TRABALHO**, a Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP, suspenderá a sessão pública e analisará as propostas em sessão reservada.

**6.9.1.** O Julgamento e a classificação das **PROPOSTAS DE TRABALHO** serão definidos pela maior média das propostas de Trabalho, observado o disposto nos ANEXOS I, III, IV e V.

**6.9.2.** A classificação das **PROPOSTAS DE TRABALHO** obedecerá aos critérios de avaliações constantes nos anexos deste Instrumento.

**6.10.** Havendo empate entre duas ou mais propostas, a Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP, valorizará pela ordem a maior pontuação obtida pela organização social nos critérios denominados "FA.3. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA" e "FA.2. QUALIDADE", ambos previstos nos anexos, deste Edital.

**6.11.** A Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP, por justa razão administrativa, financeira e/ou legal, fica reservado o direito de:

a) Estabelecer prazo para definir a habilitação, a classificação final das propostas, podendo suspender em decorrência de alguma falha, omissão ou irregularidade a reunião de julgamento, onde as suspensões de sessão e convocações para reaberturas serão feitas via notificação direta ou por meio eletrônico.

**6.12.** Em caso de inabilitação de todas as entidades disputantes, **poderá** a Administração Pública, representada pelo Secretário de Estado da Saúde, fixar prazo às entidades participantes, para apresentação de novos envelopes habilitatórios, nos termos do §3º do artigo 48 da Lei Federal nº 8.666/93.

**6.12.1.** Nessa ocasião, os envelopes contendo a Proposta de Trabalho permanecerão em posse da Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP, devidamente lacrados e rubricados por seus membros e por representantes legais das entidades, sendo que para tal documentação não serão aceitas quaisquer modificações ou acréscimos.

**6.13.** É facultada à Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP ou ao Secretário de Estado da Saúde, em qualquer fase do processo de seleção, a promoção de diligências destinadas a esclarecer ou a complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documentos ou informações que deveriam constar originariamente nos envelopes.

**6.14.** Os licitantes arcarão com todos os custos decorrentes da elaboração e apresentação de suas propostas, sendo que a Secretaria de Estado da Saúde não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo de seleção.

**6.15.** No julgamento da habilitação e das propostas, a Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância das propostas, dos documentos e sua validade jurídica, mediante despacho fundamentado, registrado em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes validade e eficácia para fins de habilitação e classificação.

**6.16.** O Secretário de Estado da Saúde, após a declaração do resultado preliminar, análise e julgamento dos possíveis recursos interpostos, emitirá ato de homologação.

**6.16.1.** A publicação do resultado final do Chamamento Público será providenciada no site oficial da Secretaria de Estado da Saúde e no Diário Oficial do Estado de Goiás.

**6.17.** Fica **vedada** a celebração de contrato de gestão com organização social que:

I - não seja qualificada no Estado de Goiás como organização social na área de saúde;

II – esteja omissa no dever de prestar contas de ajuste de parceria, seja qual for a sua natureza, anteriormente celebrado com ente da Administração de qualquer esfera da Federação;

III – tenha tido as contas rejeitadas pela Administração Pública Estadual nos últimos 5 (cinco) anos;

IV – tenha tido as contas de parcerias julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, nos últimos 8 (oito) anos;

V – tenha entre seus dirigentes, em diretoria estatutária ou não, ou como membro do Conselho de Administração e Conselho Fiscal, pessoa:

a) cujas contas relativas à aplicação de recursos públicos tenham sido julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, nos últimos 8 (oito) anos;

b) julgada responsável por falta grave e inabilitada para o exercício de cargo de provimento em comissão, enquanto durar a inabilitação;

c) considerada responsável por ato de improbidade, ainda que não transitada em julgado a decisão condenatória e, em isso havendo, enquanto durarem os prazos estabelecidos nos incisos I, II e III do art. 12 da **Lei nº 8.429**, de 2 de junho de 1992

d) que tenha sido responsabilizada ou condenada pela prática de infração penal, civil ou administrativa nas situações que, descritas pela legislação eleitoral, configurem hipóteses de inelegibilidade.

**6.18.** Nos ajustes onerosos ou não, celebrados pelas organizações sociais com terceiros, fica vedado(a):

I – a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados Federais e Estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos ao contrato de gestão;

II – o estabelecimento de avença com pessoas jurídicas ou instituições das quais façam parte os seus dirigentes ou associados.

## VII – ESCLARECIMENTOS, IMPUGNAÇÃO AO EDITAL E RECURSOS

**7.1.** O(s) pedido(s) de esclarecimento(s) ou impugnação(s) ao Edital deverá(ão) ser encaminhado(s) à Comissão Interna de Chamamento Público – CICIP/GAB/SESGO, até às 18:00 horas do dia xx/xx/xx em caso de esclarecimento e XX de xx de xx em caso de impugnação) no endereço ou e-mail indicado no "Aviso de Chamamento Público".

EVENTOS	DATA

<b>Prazo máximo para Pedidos de Esclarecimento</b>	19/02/2022
<b>Prazo máximo para Pedidos de Impugnação ao Edital</b>	10/03/2022
<b>Divulgação da Nota de Esclarecimento</b>	02/03/2022
<b>Divulgação de resposta sobre Impugnação ao Edital</b>	14/03/2022
<b>Entrega dos Envelopes</b>	17/03/2022 às 09:00 horas

7.2. Caso haja solicitações, a Nota de Esclarecimentos será publicada no sítio eletrônico [www.saude.go.gov.br](http://www.saude.go.gov.br) no dia (02/03/2022), respostas sobre impugnações, se houverem, serão publicadas em 14/03/2022

7.3. No presente Chamamento Público, caberá recurso contra decisão de habilitação ou inabilitação de instituição interessada no prazo de 02 (dois) dias úteis, cuja notificação se dará por meio eletrônico, em horário de funcionamento da Secretaria de Estado da Saúde, ficando as demais interessadas desde logo intimadas para apresentar contrarrazões em igual prazo, cuja contagem terá início no primeiro dia útil subsequente ao do término do prazo de recurso, ou contra qualquer outro desatendimento a este Instrumento.

7.4. Caberá recurso, no prazo de 02 (dois) dias úteis após a publicação do *Informativo de Resultado Preliminar*, que ocorrerá no site da SES/GO, o qual deverá ser protocolado via e-mail no endereço indicado no "Aviso de Chamamento Público", junto à Comissão Interna de Chamamento Público – CICP/SESGO, ficando as demais interessadas desde logo intimadas para apresentar contrarrazões em igual prazo, cuja contagem terá início no primeiro dia útil subsequente ao do término do prazo de recurso.

7.5. Não serão conhecidos os Pedidos de Esclarecimentos, Impugnações, Recursos e Contrarrazões:

- a) Apresentados após os respectivos prazos;
- b) Enviados por fac-símile;
- c) Apresentados sem identificação do seu autor;
- d) Que possuam patente caráter protelatório, fundadas alegações genéricas.

7.6. Também não serão conhecidos os recursos e contrarrazões apresentados por Organização Social que não esteja participando do certame e que, subsequentemente à fase de habilitação, não tenha se classificado.

7.7. Para a elaboração dos recursos, os concorrentes poderão solicitar cópia das **partes pontuais** para as quais pretendam recorrer, posto que todos os participantes têm a oportunidade de manusear a documentação em sua integralidade nos momentos de abertura dos Envelopes 01 e 02, presencialmente.

7.8. O acolhimento do recurso pela Comissão Interna de Chamamento Público - CICP/GAB/SESGO importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

7.9. A decisão em grau de recurso será definitiva, e dela dar-se-á conhecimento à(s) recorrente(s) por meio de comunicação por escrito (ou correio eletrônico).

7.10. Aos recursos interpostos contra decisão de habilitação e contra o Informativo de Resultado Preliminar, será atribuído o efeito suspensivo.

7.11 Os recorrentes farão constar em seus recursos apontamentos legais em que se baseiam, bem como a página à que faz menção.

## VIII – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1.A despesa com a futura parceria correrá à conta da presente Dotação Orçamentária:

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
<b>Unidade Orçamentária</b>	<b>2850</b>	<b>FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FES</b>
<b>Função</b>	<b>10</b>	<b>SAÚDE</b>
<b>Subfunção</b>	<b>302</b>	<b>ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL</b>
<b>Programa</b>	<b>1043</b>	<b>PROGRAMA SAÚDE INTEGRAL</b>
<b>Ação</b>	<b>2149</b>	<b>ATENDIMENTO ASSISTENCIAL EM SAÚDE</b>
<b>Grupo de Despesa</b>	<b>03</b>	<b>OUTRAS DESPESAS CORRENTES</b>
<b>Fonte</b>	<b>100</b>	<b>RECEITAS ORDINÁRIAS</b>

**Modalidade Aplicação 90 APLICAÇÕES DIRETAS****IX – DISPOSIÇÕES FINAIS**

- 9.1.** As normas que disciplinam este Chamamento Público serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, sem comprometimento da segurança do futuro contrato de gestão.
- 9.2.** É facultada, à Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP/GAB, em qualquer fase da seleção, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, vedada a inclusão posterior de documento ou informação que deveria constar na Proposta para Habilitação e/ou Proposta de Trabalho.
- 9.3.** Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização da sessão pública na data marcada, ela será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário e local, anteriormente estabelecidos, desde que não haja comunicado da Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP/GAB em contrário.
- 9.4.** A Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP/GAB poderá, em qualquer fase do processo de seleção, suspender os trabalhos, devendo promover o registro da suspensão e a convocação dos participantes para a continuidade dos mesmos.
- 9.5.** Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus ANEXOS, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na Secretaria de Estado da Saúde.
- 9.6.** O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará no afastamento da instituição, desde que seja possível a aferição da sua qualificação e a exata compreensão da sua Proposta de Trabalho.
- 9.6.1** Exigências formais não essenciais são aquelas cujos descumprimentos não acarretem irregularidades no procedimento, em termos processuais, bem como não importem em vantagens a uma ou mais instituições em detrimento das demais.
- 9.7.** Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documento em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e seus Anexos.
- 9.8.** Quaisquer documentos extraídos, via internet, poderão ter seus dados conferidos pela Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP no site correspondente.
- 9.9.** A instituição participante é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados, podendo a Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP inabilitá-la ou desclassificá-la, conforme a hipótese, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação pertinente, caso seja constatada a ocorrência de imprecisão ou falsidade das informações e/ou dos documentos apresentados.
- 9.10.** A qualquer tempo, o Secretário de Estado da Saúde poderá revogar ou anular o presente Edital, no todo ou em parte, por motivo de interesse público ou exigência legal, sem que isso implique direito à celebração do Contrato de Gestão ou indenização.
- 9.11.** A participação da organização social no processo de seleção implica na sua aceitação integral e irrevogável dos termos, cláusulas, condições e anexos do presente Edital, que passarão a integrar o Contrato de Gestão como se transcrito fosse, com lastro nas normas referidas no preâmbulo do Instrumento, bem como na observância dos regulamentos administrativos e das normas técnicas aplicáveis, não sendo aceitas, sob quaisquer hipóteses, alegações de seu desconhecimento em qualquer fase do processo de seleção e execução do Contrato de Gestão.
- 9.12.** É condição indispensável para a assinatura do Contrato de Gestão, a manutenção da qualificação da instituição selecionada como Organização Social de saúde, no Estado de Goiás, assim como cumprir todos os requisitos da Lei Estadual de nº 15.503/2005 e suas alterações.
- 9.13.** A organização social vencedora que deixar de comparecer para assinatura do Contrato de Gestão, no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos a contar de sua convocação, ou que perder a qualidade de habilitação antes da assinatura do Contrato de Gestão, perderá o direito à parceria em conformidade com a Lei, sem prejuízo das sanções previstas na legislação que rege este processo de seleção.
- 9.14.** Na ocorrência do estabelecido no subitem 9.13, poderá a Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP, desde que autorizada pelo titular da Secretaria de Estado da Saúde, convocar as organizações sociais remanescentes, participantes do processo de Chamamento Público, na ordem de classificação, ou revogar o procedimento.
- 9.15.** Até a assinatura do Contrato de Gestão, poderá a Comissão Interna de Chamamento Público – CICIP/GAB/SES/GO desclassificar as Propostas de Trabalho das organizações sociais participantes, em despacho motivado, sem direito a indenização ou ressarcimento e sem prejuízo de outras sanções, se tiver ciência de fato ou circunstância, anterior ou posterior ao julgamento da seleção, que represente infração aos Termos do Chamamento Público nº 03/2022, mediante prévia oitiva da Procuradoria-Geral do Estado.
- 9.16.** Os casos omissos, as questões não previstas neste Instrumento e as dúvidas serão dirimidas pela Comissão Interna de Chamamento Público - CICIP, mediante orientação formada da Procuradoria Setorial da Secretaria de Estado da Saúde, observada a legislação vigente e respeitado os prazos estabelecidos neste Instrumento.
- 9.17.** . Quando da convocação para assinatura do Contrato de Gestão, deverá a vencedora do certame apresentar Declaração do Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgãos e Entidades Estaduais - CADIN do Estado de Goiás, tratando-se de requisito de contratação à lume do inciso I do art. 6º da Lei estadual nº 19754/2017.
- 9.18.** A organização social vencedora do certame deverá manter em seu corpo técnico, durante todo contrato de gestão, os membros com as capacitações técnicas especificadas neste Chamamento Público, além de elaborar seu Regimento Interno de acordo com o disposto na Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás.
- 9.19.** A instituição vencedora do presente Chamamento Público deverá, quanto ao seu regimento de compras e contratações, atender às disposições contidas na Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás.
- 9.20.** No decurso do Contrato de Gestão firmado, poderá haver alterações na parceria firmada, tais como acréscimos de serviços, ampliação de metas, investimentos de infraestrutura, mobiliários e equipamentos. Essas alterações deverão ocorrer por meio da elaboração de termos aditivos em que se respeitará o equilíbrio econômico-financeiro da parceria, comprovado mediante estudos de custos.
- 9.21.** Integram o presente Instrumento os seguintes ANEXOS:

**ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA****ANEXO I do TR – INFORMAÇÕES SOBRE O HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS****ANEXO II do TR - ENSINO E PESQUISA****ANEXO III do TR - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2021****ANEXO IV do TR - ESTIMATIVA DE CUSTEIO HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS****ANEXO V do TR - SISTEMA DE REPASSE/2021****ANEXO II – ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO****ANEXO III – PARÂMETROS PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO****ANEXO IV – MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS DE TRABALHO****ANEXO V – JULGAMENTO DAS PROPOSTAS DE TRABALHO****ANEXO VI – MODELO DA PLANILHA DE DESPESAS MENSAS****ANEXO VII – MODELO DE DECLARAÇÕES****ANEXO VIII – MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO E SEUS ANEXOS****ANEXO TÉCNICO DA MINUTA CONTRATUAL I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS****ANEXO TÉCNICO DA MINUTA CONTRATUAL II – SISTEMA DE REPASSE****ANEXO TÉCNICO DA MINUTA CONTRATUAL III- TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS****ANEXO TÉCNICO DA MINUTA CONTRATUAL IV - TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**

LAYANY RAMALHO LOPES SILVA

Comissão Interna de Chamamento Público

Portaria nº 428/2021-GAB/SESGO

LÍVIA COSTA DOMINGUES DO AMAMRAL

Comissão Interna de Chamamento Público

Portaria nº 428/2021-GAB/SESGO

CARLA MARÇAL COELHO

Comissão Interna de Chamamento Público

Portaria nº 428/2021-GAB/SESGO

**ANEXO I****TERMO DE REFERÊNCIA****1. OBJETO**

1.1. O presente Termo de Referência tem por objeto a seleção de instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização Social em Saúde, visando à celebração de Contrato de Gestão para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**, localizado na Praça Sebastião Xavier nº 66 Bairro Centro, Itumbiara - GO CEP: 75513-540, por período de 48 (quarenta e oito) meses, conforme definido neste Termo de Referência e seus Anexos.

**2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO**

2.1. A presente contratação se justifica em razão da necessidade de selecionar a melhor proposta, com base nos princípios administrativos da publicidade, moralidade, impessoalidade, legalidade e eficiência, bem como em critérios técnicos, para a contratação de serviços destinados às atividades de saúde do **HOSPITAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**, por meio do Chamamento Público nº \_\_\_\_\_/2021 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO).

2.2. Cabe ressaltar que o modelo de parceria com entidades sem finalidade lucrativa está regulamentado pela legislação federal bem como pelo Governo do Estado de Goiás por meio de legislação própria (Lei Estadual nº 15.503 de 28 de dezembro de 2005, e alterações posteriores).

2.3. A implantação do modelo de contratualização de serviços de saúde por meio dessas parcerias é a 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 Sistema Único de Saúde (SUS) com assistência humanizada e garantir a equidade na atenção com acesso para serviços e ações de saúde integrais.

2.4. A gestão de Unidades de Saúde por meio de Organização Social se faz com a gestão de recursos públicos, com ações direcionadas exclusivamente para o SUS, de forma gratuita, atendendo às políticas públicas e metas pré-fixadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

2.5. Os principais benefícios da gestão de unidades hospitalares e/ou ambulatoriais realizadas por meio de uma Organização Social são:

a) 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;

b) Agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;

c) 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;

d) Agilidade na tomada de decisões;

e) Menores gastos com recursos humanos;

2.5.1 Tais vantagens são explicadas, dentre outros motivos, devido à limitações intrínsecas ao regime de direito público, que traz solenidades especiais aos atos de gestão, contratação de pessoal, compras e outras pactuações, limitações essas que muitas vezes não atingem as atividades prestadas por uma Organização Social.

2.6. As ações e serviços de saúde das unidades hospitalares sob gestão de Organização Social são garantidas por meio de um Contrato de Gestão, instrumento no qual são detalhadas as metas de produção a serem alcançadas, os indicadores de desempenho e os processos de monitoramento, fiscalização e avaliação.

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

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

2.8. 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 contratos de gestão. 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.

2.9. 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 Organização Social se vincular aos direitos fundamentais, o que demanda, para a qualificação da entidade, a análise detida da previsão estatutária para esta finalidade quanto do efetivo desempenho de ações voltadas à defesa, promoção e proteção desses direitos.

2.10. 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 por uma Organização Social, caso haja problema ou descumprimento das recomendações exaradas não só pelo órgão supervisor como pelos órgãos de controle, caberá a aplicação de penalidades, devidamente previstas em cláusulas específicas dos Contratos de Gestão da SES/GO.

2.11. 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 dos contratos de gestão com atuação de equipe qualificada em gestão por resultados, maior publicização das informações de prestação de contas objetivando maior transparência do modelo de parcerias e ajustes do instrumento contratual objetivando adoção de novos parâmetros de desempenho, eficiência e pagamentos mediante os resultados alcançados.

2.12. Para a elaboração da proposta de trabalho, as instituições candidatas deverão observar as seguintes premissas:

a) Os princípios e diretrizes do SUS, sempre em observação à Lei Federal nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, pautando-se pela preservação da missão da SES/GO, também em observância à legislação ambiental e as normas sanitárias, e utilizando como parâmetro, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários;

b) Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;

c) Gestão Hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;

d) Garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde (MS);

e) Busca de certificação de qualidade em saúde;

f) A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;

g) A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino, Estágios de Graduação e Pós-Graduação do Ensino Profissionalizante e Tecnológico; da Graduação no Ensino Superior, Estágios e Internato Médico; Pós-Graduação *Lato Sensu*, Especialização e Residência Multiprofissional, e em áreas especializadas em conformidade com as legislações vigentes.

### **3. PROPOSTA DE TRABALHO**

3.1. A PROPOSTA deverá ser materializada tendo como base as condições estabelecidas neste Termo de Referência, observados os seguintes Anexos:

**ANEXO TÉCNICO I** - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE SERVIÇOS, INDICADORES E METAS DE PRODUÇÃO E DESEMPENHO (v. 000023840398);

**ANEXO TÉCNICO II** – ENSINO E PESQUISA (v. 000018193987);

**ANEXO TÉCNICO III** – GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS (v. 000018307988);

**ANEXO TÉCNICO IV** – ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL (v. 000024057205);

**ANEXO TÉCNICO V** - SISTEMA DE REPASSE (v. 000024057750).

Além das especificações contidas nos referidos anexos técnicos, a proposta deve levar em consideração os seguintes pressupostos:

#### **4. PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES**

4.1. O Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos caracterizado como Hospital Geral de Alta e Média Complexidade, como porta de Entrada (referenciada), conforme classificação de risco, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Sudeste e demais Macrorregiões. Atualmente a Unidade funciona 24 horas e realiza atendimentos de média e alta complexidade.

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

4.3. Para o funcionamento do **Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos** serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica

a.b) Saídas Cirúrgica

a.c) Saídas de Pediátricas

a.d) Saídas Cirúrgicas Oncológicas

a.e) Saídas Oncológicas

a.f) Saídas Obstetrícia

a.g) Saídas Cirúrgicas Programadas

a.h) Internações em leitos de UTI adulto

a.i) Internações em leitos de UTI neonatal

a.j) Internações em leitos de UTI Pediátrico

a.h) Internações em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médica e multiprofissionais em ambulatório.

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

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

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

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

4.6. Além das atividades de rotina, a Unidade Hospitalar poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no item 5 do ANEXO TÉCNICO I (v. 000023840398).

4.7. Tendo em vista que a Unidade Hospitalar funcionará com o perfil descrito neste Contrato de Gestão, a SES/GO irá acompanhar os indicadores de resultados definidos.

4.8. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.

4.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá ter constituídas e em permanente funcionamento, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, as comissões assessoras obrigatórias e pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, e ainda:

Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;

Comissão de Verificação de Óbitos;

Comissão de Ética Médica;

Comissão de Ética em Enfermagem;

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

Comissão de Residência Médica (COREME);

Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;

Comissão de Documentação Médica e Estatística;

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);

Comissão de Farmácia e Terapêutica;

Comissão de Proteção Radiológica;  
Comissão de Biossegurança;  
Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;  
Comitê Transfusional;  
Comitê de investigação do óbito materno e infantil;  
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);  
Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;  
Comissão Interna de Qualidade;  
Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;  
Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;  
Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;  
Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOIT;  
Núcleo Interno de Regulação (NIR);  
Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);  
Comitê de Compliance;  
Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS);  
Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer (CR SINC).

#### 4.10. Da Vigilância em Saúde

4.10.1. Seguir os Preceitos da Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde:

- a) Os laboratórios prestadores de serviços aos hospitais da Rede do Estado de Goiás devem seguir o fluxo de monitoramento de bactérias multirresistentes, incluindo a disponibilidade de cepas de bactérias.
- b) Garantir a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente.
- c) Alimentar os sistemas relacionados à segurança do paciente (Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária - NOTIVISA), e ao controle de infecção hospitalar (Sistema FORMSUS).
- d) Seguir a Nota Técnica ANVISA nº 02/2017, sobre Critérios de Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde para Notificações dos Indicadores Nacionais.
- e) Garantir às vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento conforme Resolução nº 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), incluindo o fluxo de atendimento e notificações.
- f) Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme diretrizes do SUS.

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

- 4.11.1. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- 4.11.2. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- 4.11.3. Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- 4.11.4. Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- 4.11.5. Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- 4.11.6. Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE),
- 4.11.7. RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- 4.11.8. RDC ANVISA Nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.
- 4.11.9. Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - CAPÍTULO II DO Sangue, Componentes e Hemoderivados;
- 4.11.10. Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.
- 4.11.11. PRT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.
- 4.11.12. PRT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- 4.11.13. Portaria de Consolidação Nº 4 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
- 4.11.14. RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.
- 4.11.15. RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem, avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

- 4.11.16. Resolução COFEN Nº 358/2009, 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.
- 4.11.17. RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.
- 4.11.18. Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXIV Política Nacional de Atenção Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º).
- 4.11.19. Portaria MS nº1631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.
- 4.11.20. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.
- 4.11.21. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNHAH) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.
- 4.11.22. Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde-Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade - Anexo XXXI.
- 4.11.23. Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017-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.
- 4.11.24. Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.
- 4.11.25. 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.
- 4.11.26. Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- 4.11.27. RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- 4.11.28. Portaria de Consolidação nº 3 - de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo.
- 4.11.29. PT Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia.
- 4.11.30. Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.
- 4.11.31. Portaria nº1.399, de 17 de dezembro de 2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.
- 4.11.32. Portaria 1046/2019 - SES/GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade
- 4.12. A gestão da Unidade deverá respeitar a Legislação Ambiental incluindo a posse de toda a documentação exigida.
- 4.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

#### 4.14. Da Tecnologia da Informação

- 4.14.1. A Unidade deverá adotar Prontuário Único do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento médico, pela equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).
- 4.14.2. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodigánóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.
- 4.14.3 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemplem, no mínimo: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado, farmácia e nutrição), sistema de custos, prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº 1.639/2002), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam ao Órgão Fiscalizador do Contrato/SES-GO acessar via *Internet* e gestão do bloco cirúrgico e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios à Secretaria de Estado da Saúde.
- 4.14.4. Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expurgo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SES-GO. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.
- 4.14.5 Havendo a disponibilização pelo **PARCEIRO PÚBLICO** de sistema de informação próprio para monitoramento, controle e avaliação, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** aderir ao sistema e permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do Sistema de Informação de Gestão Hospitalar.

#### 4.15. Da Gestão Integrada

- 4.15.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de um Núcleo de Manutenção Geral (NMG), que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica e manter o Núcleo de Engenharia Clínica para o bom desempenho dos equipamentos.
- 4.15.2. Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial e de manutenção de equipamentos cujo uso lhe fora permitido.

#### 4.16. Da Integridade e Transparência

4.16.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019, e alterações posteriores.

4.16.2 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir o acesso à informação, conforme previsto nas Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 e Lei nº 18.025, de 22 de maio de 2013, respectivamente.

4.16.3 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar a informação relativa à Transparência das OSS, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO.

4.16.4 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar serviço de OUVIDORIA destinado a esclarecer dúvidas, receber elogios, sugestões, informações, reclamações e denúncias dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que permite à Secretaria do Estado da Saúde melhorar a qualidade do atendimento prestado ao usuário. Providenciar resposta adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

4.17. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

#### 5. MODELO DE GESTÃO E METAS

5.1. O modelo de gestão para gerenciamento dos serviços em parceria com Organizações Sociais deverá respeitar 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.

5.2. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o compromisso de cumprir as obrigações fiscais e financeiras, prestar informações periódicas acerca do funcionamento da Unidade, além de quantificar as metas alcançadas, por meio de sistema informatizado que guardará conexão com os sistemas utilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

5.3. As metas de produção do **HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS** serão estimadas para o período de vigência do Contrato de Gestão, 48 (quarenta e oito) meses, e compõem ANEXO TÉCNICO I – (v. 000023840398), deste documento.

#### 6. VIGÊNCIA

6.1. Os serviços, objeto deste Termo de Referência, serão iniciados a partir da publicação do resumo do Contrato na imprensa oficial, podendo ser prorrogado na forma legal.

6.2. O contrato celebrado com o **PARCEIRO PRIVADO** para a prestação dos serviços deste Termo de Referência terá prazo de vigência de **48 (quarenta e oito) meses**.

#### 7. DO VALOR DO CONTRATO DE GESTÃO

7.1. A Organização Social em Saúde deverá apresentar projeção orçamentária com despesa operacional mensal máxima de acordo com o Sistema de Repasse descrito no ANEXO TÉCNICO V (v. 000024057750) – Sistema de Repasse (Regras e Cronograma do Sistema de Repasse e Sistemática e Critérios de Repasse) da Minuta Contratual, perfazendo uma despesa mensal e anual máxima de:

a) O montante do orçamento econômico-financeiro do **Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos** é estimado **mensalmente em R\$13.942.515,20 (treze milhões, novecentos e quarenta e dois mil quinhentos e quinze reais e vinte centavos)** no Percentil P-50, e de **R\$669.240.729,60 (seiscentos e sessenta e nove milhões, duzentos e quarenta mil setecentos e vinte e nove reais e sessenta centavos)** para os **48 (quarenta e oito) meses** de Contrato de Gestão.

b) Juntamente com o valor do custeio mensal, poderá ser repassada uma quantia referente aos programas de residência aos quais 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 (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa, conforme descrito no ANEXO TÉCNICO II (v. 000018193987).

7.2. Os métodos de cálculos estão descritos no Anexo IV (v. 000024057205), deste Termo de Referência.

#### 8. DO REPASSE E DA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇO

8.1. As regras, método de avaliação e o cronograma de repasse, estão delineados no Anexo V (v. 000024057750), deste Termo de Referência.

#### 9. DA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO E DOS CRITÉRIOS DE JULGAMENTO

9.1. Entende-se que a Proposta de Trabalho é a demonstração do conjunto dos elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequado para caracterizar o perfil da Unidade e o trabalho técnico gerencial definido no objeto da seleção, com base nas indicações e estudos preliminares dos informes básicos deste Instrumento.

9.2. O proponente deverá demonstrar a viabilidade técnica e a estimativa das despesas referentes à execução das atividades propostas, com definição de métodos e prazos de execução.

9.3. A Proposta deverá ser apresentada de forma sucinta e clara, evidenciando os benefícios econômicos e sociais, abrangência geográfica a ser atendida, bem como seus resultados.

#### 9.4. Título

9.4.1. Proposta de Trabalho para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, no Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº \_\_\_\_\_/2021.

## 9.5. Proposta de Modelo Gerencial

9.5.1. Este item deverá caracterizar o modelo gerencial da Proposta de Trabalho no **Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos**, descrevendo:

### 9.5.2. Critério 1: ÁREA DE ATIVIDADE

9.5.2.1. Este item contempla a adequação da Proposta de Trabalho de organização dos serviços e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional da Unidade e divide-se em dois grupos.

I. Organização de Atividade: os entes interessados apresentarão suas Propostas de Trabalho para Organização da Unidade Hospitalar nos seguintes itens:

a) Implantação de Fluxos: fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internamento; fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos; fluxo unidirecional para materiais esterilizados; fluxo unidirecional para roupas; fluxo unidirecional de resíduos de saúde.

b) Implantação da Gestão: implantação de logística de suprimentos; proposta para regimento interno do hospital; proposta para regimento do serviço de enfermagem; proposta para regimento do corpo clínico.

c) Implantação de Processos: proposta de manual de protocolos assistenciais; proposta de manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos conforme perfil da unidade; proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio; proposta de manual de rotinas para administração financeira e gestão de custos.

II. Incremento de Atividades: os entes interessados apresentarão incremento de atividades de acordo com os seguintes critérios:

a) Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais.

### 9.5.3. Critério 2: ÁREA DE QUALIDADE

9.5.3.1 Este item expressa e promove meios para a obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a humanização das relações entre equipe profissional, usuários do Hospital e comunidade. Identifica ações voltadas para a Qualidade Objetiva a partir da instituição de comissões internas que monitoram os serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas com a humanização das relações no Hospital.

9.5.3.2. Qualidade Objetiva: aquela que está orientada a obter e garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes no Hospital. O ente interessado estabelecerá sua Proposta de Trabalho para implantação de:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Organização específica do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos, turnos de funcionamento, modelos de fichas, sistema de arquivamento e controle, Protocolos.

b) Comissão de Verificação de Óbitos: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Apresentar dados mensais e análise de 100% (cem por cento) dos óbitos, analisando os de causas evitáveis.

c) Comissão de Ética Médica: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

d) Comissão de Ética em Enfermagem: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

f) Comissão de Residência Médica (COREME): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. 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.

g) Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. 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.

h) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Plano anual de prevenção de acidentes. Plano de Manutenção, Operação e Controle dos respectivos sistemas de climatização - PMOC. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO. Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho - LTCAT. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, e demais planos relacionados a segurança do trabalhador.

i) Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. São desempenhados por equipe de profissionais, contratados pelas empresas, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos trabalhadores.

j) Comissão de Documentação Médica e Estatística: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Apresentação de dados quanto ao volume assistencial.

k) Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Desenvolver atividades de pesquisa concomitante com os programas de residência, estágio ou outros. Realizar parcerias com instituições e órgãos voltados para o ensino e pesquisa.

l) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Acompanhar, monitorar, definir critérios nutricionais de assistência a saúde.

m) Comissão de Farmácia e Terapêutica: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Organização específica do Serviço de Farmácia; organização horária; previsão para implantação do sistema de dose unitária; métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de Alto Custo, utilização de prescrição eletrônica, etc.

n) Comissão de Proteção Radiológica: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Garantir a segurança dos trabalhadores e permitir análise de dados.

o) Comissão de Biossegurança: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

p) Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Atender as demandas das RDC ANVISA nº 306/04 e CONAMA nº 358/05 e, determinar meios de garantia de preservação do meio ambiente.

q) Comitê Transfusional: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Estabelecer Serviço de Transfusão, sobre a utilização de hemocomponentes pelas diversas especialidades do hospital.

r) Comitê de investigação do óbito materno e infantil: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

- s) Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Acompanhar as notificações realizadas, prestando contas aos órgãos fiscalizadores, como por exemplo: NOTIVISA.
- t) Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Acompanhar as notificações realizadas, prestando contas aos órgãos fiscalizadores, como por exemplo: NOTIVISA.
- u) Comissão Interna de Qualidade: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- v) Comissão de Padronização de Produtos para Saúde: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- w) Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Conforme protocolo de segurança do paciente e definições de entidades internacionais.
- x) Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- y) Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHOTT: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- z) Núcleo Interno de Regulação (NIR): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- aa) Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- ab) Comitê de Compliance: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Cumprir e se fazer cumprir as normas legais e regulamentares, as políticas e as diretrizes estabelecidas para o negócio e para as atividades da instituição ou empresa, bem como evitar, detectar e tratar quaisquer desvios ou inconformidades que possam ocorrer.
- ac) Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- ad) Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer (CR SINC): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- ae) Outras comissões: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

9.5.3.3. Qualidade Subjetiva: aquela que está relacionada com a percepção que o usuário (paciente e/ou acompanhante) obtém de sua passagem pelo Hospital. O ente interessado em sua oferta explicará as medidas para promoção de relação humana e apoio social na comunidade interna e externa do Hospital:

- a) Acolhimento: Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco. Como irá desenvolver as Políticas de Humanização e os dispositivos do Programa Nacional de Humanização (PNH) para gestão de leitos, acolhimento com Classificação de Risco, utilizando protocolo que tenha validação científica, dentre outros. Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários.
- b) Atendimento: Proposta para a implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os Acompanhantes. Proposta para implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário com realização periódica de Pesquisa de Satisfação do Usuário, estabelecendo como irá pesquisar a opinião ou nível de satisfação do usuário: instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas. Proposta de implantação e/ou manutenção da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde.

### 9.5.4 Critério 3: QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

9.5.4.1 Este item identifica a capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores bem sucedidas no gerenciamento de unidades hospitalares, a apresentação da estrutura da Direção, a implementação de serviços e funcionamento de equipe interdisciplinar, a implementação e funcionamento de outros serviços assistenciais e de apoio, apresenta atividades em ciência e tecnologia, política de recursos humanos e a metodologia de projetos.

- a) Experiência anterior da Organização Social em Gestão Hospitalar ou dos gestores do corpo diretivo: Certificar mediante comprovação por meio de declarações legalmente reconhecidas (Declaração de Contratantes Anteriores).
- b) Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos.
- c) Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos.
- d) Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos.
- e) Certificado de Acreditação – ONA, Joint Commission International, Qmentum da Canadá Accreditation International ou outras entidades e instituições Acreditoras reconhecidas, obtidos na gestão da OSS.

9.5.4.2. Para avaliação da alínea a do subitem anterior, os documentos devem conter:

- a) a identificação da pessoa jurídica emitente;
- b) nome e o cargo do signatário;
- c) timbre do emitente;
- d) período de vigência do contrato anterior em gestão hospitalar;
- e) objeto contratual com descrição das atividades compatível com a proposta do Edital de Chamamento Público sob responsabilidade direta da Organização Social.

### 9.6. Estrutura e experiência da Diretoria:

9.6.1. Apresentação de organograma da Unidade, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo.

9.6.2. Apresentação da Titulação de especialistas em administração/gestão hospitalar dos membros da diretoria e coordenações que atuará na Unidade licitada.

9.6.3. Descrição do organograma do Hospital até o terceiro nível: Diretor Geral, Diretor Técnico (Médico), Diretor Administrativo e Financeiro, Gerente Operacional de Enfermagem e Chefias de Unidade/Serviços/Clinicas.

9.6.4. O ente interessado deverá apresentar currículos com documentos comprobatórios das experiências citadas e atestado fornecido por pessoa(s) jurídica(s) de Direito Público ou Privado, registrado no Conselho de Classe competente da jurisdição do serviço a ser prestado, dos postos correspondentes aos dois primeiros níveis.

9.6.5. O mesmo profissional poderá receber pontuação pelos subitens 9.6.2. e 9.6.3, simultaneamente.

### 9.7. Implementação de Serviços e Funcionamento de Equipe Interdisciplinar

- 9.7.1. Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho e, quando for o caso, título de especialista dos responsáveis pelos serviços (observar a legislação para cada caso).
- 9.7.2. Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas urgência e unidades de terapia intensiva de adulto e de pediatria.
- 9.7.3. Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos.
- 9.7.4. Apresentação de quadro de metas para a área médica (por especialidades) observados em especial as consultas em ambulatório, internações hospitalares e de terapia intensiva.
- 9.7.5. Apresentação de quadro de pessoal técnico por área de atividade profissional (por especialidades), compatível com as atividades do plano de trabalho.
- 9.7.6. Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico.
- 9.7.7. Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório, hospital dia e emergência.
- 9.7.8. Expressar estrutura de chefia e número de pessoas de cada clínica, incluindo serviços de enfermagem e outras áreas da saúde, assim como o tipo de vínculo com o Hospital.
- 9.7.9. Horários de atividade de urgência e emergência, distinguindo entre presença física de médico especialista e médico geral e médicos que atendem chamadas (sobreaviso).
- 9.7.10. Descrição da organização das Unidades de Internação (Enfermarias), salas de cirurgias, pronto socorro/pronto atendimento e ambulatórios.
- 9.7.11. Compatibilização da Proposta de Trabalho com as diretrizes da SES.
- 9.7.12. Descrição de como o proponente irá estabelecer a contra-referência com a Atenção Primária e com outros hospitais. Nesse caso apresentar um plano de implantação, estabelecendo prazos, meios, fluxos, etc.

### 9.8. Implementação e Funcionamento de Outros Serviços

- 9.8.1. Instruções para o funcionamento do **serviço social** com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima.
- 9.8.2. Instrução para o funcionamento da **equipe multiprofissional** com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.
- 9.8.3. Normas para o funcionamento do serviço de **Administração Geral** com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.
- 9.8.4. Normas para realização dos procedimentos de **aquisição, recebimento, guarda e distribuição** de materiais no Hospital.
- 9.8.5. Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares.
- 9.8.6. Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de **limpeza, vigilância e manutenção predial**.
- 9.8.7. Descrição de funcionamento da **unidade de faturamento**, bem como horários de trabalho; estrutura de chefia; membros e vínculo com o Hospital.
- 9.8.8. Volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa.

### 9.9. Ciência e Tecnologia

- 9.9.1. Apresentação de convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências.
- 9.9.2. Parcerias com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência hospitalar e/ou de saúde pública.
- 9.9.3. Apresentação de projeto em educação permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar da unidade hospitalar.

### 9.10. Política de Gestão do Trabalho

- 9.10.1. Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.
- 9.10.2. Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho Sugestão de Condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.
- 9.10.3. Implantação do Programa de Acolhimento: equipe necessária, sistemática de trabalho, horário de funcionamento.
- 9.10.4. Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.
- 9.10.5. O ente interessado deverá apresentar o quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em moeda corrente), por perfil de profissional, sem a incidência dos encargos patronais.
- 9.10.6. Neste tópico, solicita-se um quadro com resumo do perfil de todos os profissionais que irão trabalhar no Hospital (estejam ou não atualmente contratados) e com a expressão da carga horária semanal distribuída pelos dias da semana e com o enunciado do horário de trabalho.

### 9.11. Metodologia de Projetos

- 9.11.1. Apresentar a proposta de trabalho seguindo o roteiro do edital com adequado planejamento, visão de futuro, oportunos cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.
- 9.11.2. Nos projetos táticos e operacionais observar a definição dos objetivos a alcançar e definir as estratégias de implantação.

### **PARÂMETROS PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO**

A Proposta de Trabalho será analisada e pontuada conforme o quadro abaixo, sendo que a pontuação máxima só será obtida se a mesma contiver a integralidade do quesito solicitado, de acordo com a especificação abaixo:

FA1. Área de Atividade Adequação da proposta de atividade assistencial à capacidade hospitalar.	1.1. Organização da Atividade: 1.1.1. Implantação de fluxos 1.1.2. Implantação da Gestão 1.1.3. Implantação de Processos	16 pontos
	1.2. Incremento de Atividades	04 pontos
<b>Total:</b>		<b>20 pontos</b>
FA2. Área de Qualidade Adequação da proposta de atividade assistencial à capacidade hospitalar.	2.1 Ações voltadas à Qualidade Objetiva	12 pontos
	2.1.1. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	
	2.1.2. Comissão de Verificação de Óbitos	
	2.1.3. Comissão de Ética Médica	
	2.1.4. Comissão de Ética em Enfermagem	
	2.1.5. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	
	2.1.6. Comissão de Residência Médica (COREME)	
	2.1.7. Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)	
	2.1.8. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	
	2.1.9. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho	
	2.1.10. Comissão de Documentação Médica e Estatística	
	2.1.11. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	
	2.1.12. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)	
	2.1.13. Comissão de Farmácia e Terapêutica	
	2.1.14. Comissão de Proteção Radiológica	
	2.1.15. Comissão de Biossegurança	
	2.1.16. Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde	
	2.1.17. Comitê Transfusional	
	2.1.18. Comitê de investigação do óbito materno e infantil	
	2.1.19. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	
	2.1.20. Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	
	2.1.21. Comissão Interna de Qualidade	
	2.1.22. Comissão de Padronização de Produtos para Saúde	
	2.1.23. Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele	
	2.1.24. Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	
	2.1.25. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT	
	2.1.26. Núcleo Interno de Regulação (NIR)	
	2.1.27. Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	
2.1.28 Comitê de Compliance		

	2.1.29. Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS)	
	2.1.30. Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer (CR SINC)	
	2.1.31 Outras Comissões	
	2.2. Ações voltadas à Qualidade Subjetiva: 2.2.1. Acolhimento 2.2.2. Atendimento (incluindo, pesquisa de satisfação)	08 pontos
<b>Total:</b>		<b>20 pontos</b>
FA3. Qualificação Técnica Adequação entre os meios sugeridos, seus custos, cronogramas e resultados presumidos.	3.1. Experiência anterior da Organização Social em Gestão Hospitalar	19 pontos
	3.2. Estrutura e experiência da Diretoria	09 pontos
	3.3. Implantação de Serviços e Funcionamento de Equipe Interdisciplinar	11 pontos
	3.4. Implantação de Funcionamento de Outros Serviços	10 pontos
	3.5. Políticas de Recursos Humanos	07 pontos
	3.6. Metodologia de Projeto	04 pontos
<b>Total:</b>		<b>60 pontos</b>
<b>Pontuação Máxima Total</b>		<b>100 pontos</b>

#### **MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS DE TRABALHO**

##### **Critério FA.1: ÁREA DE ATIVIDADE**

No conjunto da proposta corresponde a 20 pontos positivos

Avalia a adequação da proposta de organização dos serviços (16 pontos) e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional da Unidade Hospitalar. Também avalia a capacidade de incremento de atividade assistencial (04 pontos).

##### **Critério FA.2: ÁREA DE QUALIDADE**

No conjunto da proposta corresponde a 20 pontos positivos

Expressa e promove meios para a obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a humanização das relações entre equipe profissional, usuários da Unidade e comunidade. Identifica ações voltadas para a Qualidade Objetiva (12 pontos) a partir da instituição de comissões internas de monitoria dos serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva (08 pontos) relacionadas com a humanização das relações na Unidade, acolhimento e atendimento do usuário.

##### **Critério FA.3: QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**

No conjunto da proposta corresponde a 60 pontos positivos

Identifica capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores bem sucedidas na gestão de unidades de saúde com serviços de natureza semelhante ao objeto do edital (19 pontos); apresenta a estrutura e a experiência da Diretoria (09 pontos); a implementação de serviços e funcionamento de equipe interdisciplinar (11 pontos); a implantação e funcionamento de outros serviços (10 pontos); apresenta política de recursos humanos (07 pontos) e a metodologia de projetos (04 pontos).

Para composição da matriz de avaliação para julgamento e classificação das Propostas de Trabalho deste processo de seleção deverão ser avaliados e observados o detalhamento dos ITENS DE AVALIAÇÃO com as respectivas pontuações conforme quadros a seguir:

##### **1. Área de Atividade**

No conjunto da proposta corresponde a **20 pontos positivos**. Avalia a adequação da proposta de organização dos serviços e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional da Unidade. São referentes aos instrumentos demonstrados a seguir:

<b>1 – Área de atividade: Avalia as ações propostas para a organização da unidade.</b>	<b>Pontuação</b>	<b>20 pontos</b>
--	------------------	------------------

			Item (unitário)	Total
Organização das atividades	Implantação de fluxos (A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e entendimento do fluxo)	Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas	02 pontos	07 pontos
		Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	01 ponto	
		Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	02 pontos	
		Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde	02 pontos	
	Implantação de gestão	Implantação de Logística de Suprimentos	01 ponto	06 pontos
		Proposta para Regimento Interno da Unidade	01 ponto	
		Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem	01 ponto	
		Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	02 pontos	
		Proposta para Regimento do Corpo Clínico	01 ponto	
	Implantação de Processos	Proposta de manual de protocolos assistenciais	01 ponto	03 pontos
		Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	01 ponto	
		Proposta de manual de rotinas para administração financeira e gestão de custos	01 ponto	
	Incrementos de Atividades		Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais	04 pontos
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>				<b>20 pontos</b>

## 2. Área de Qualidade

No conjunto da proposta corresponde a **20 pontos positivos**. Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões. São referentes aos instrumentos demonstrados a seguir:

			Pontuação	20 pontos
2 . Área de Qualidade: Avalia medidas da proposta de trabalho para a implantação das comissões.			Item (unitário)	Total
Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões	Comissão de Ética Médica	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,25 pontos	0,5
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pontos	
	Comissão de Ética em Enfermagem	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,25 pontos	0,5
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pontos	
	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2	

		pontos	
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Documentação Médica e Estatística	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comitê Transfusional	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão Interna de Qualidade	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Verificação de Óbitos	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Residência Médica (COREME)	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Serviço Especializado em	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4

Engenharia de Segurança Medicina do Trabalho	de em do	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)	de	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	de	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)	de	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Proteção Radiológica	de	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Biossegurança	de	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Padronização de Produtos para Saúde	de para	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele	de e com	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Núcleo Interno de Regulação (NIR)	de	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	de com	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comitê de investigação do óbito materno e infantil	de do e	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - CIHDOTT	de para	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer (CR SINC)	de do	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,15 pontos	0,3
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,15 pontos	

	Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS)	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,15 pontos	0,3
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,15 pontos	
	Comitê de Compliance	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,1 pontos	0,2
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,1 pontos	
	Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,1 pontos	0,2
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,1 pontos	
<b>Qualidade Subjetiva: Avalia medidas de promoção da relação humana e apoio social na comunidade interna e externa do Hospital : Acolhimento e Atendimento</b>	Acolhimento	Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco.	2 pontos	4
		Instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários	2 pontos	
	Atendimento	Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente.	2 pontos	4
		Proposta de implantação de ouvidoria vinculada a SES, com pesquisa de satisfação.	2 pontos	
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>				<b>20</b>

### 3. Qualidade Técnica

No conjunto da proposta corresponde a **60 pontos positivos**. Avalia a capacidade gerencial da proponente quanto a administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas que se propõe assistir. São referentes aos instrumentos demonstrados a seguir:

<b>3. Qualidade técnica: Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas afins:</b>			<b>Pontuação pontos</b>	<b>60</b>
			<b>Item unitário</b>	<b>Item total</b>
Experiência Anterior em Gestão Hospitalar da Organização ou dos gestores do corpo diretivo	Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos	05 pontos	19 pontos	
	Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos	04 pontos		
	Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos	03 pontos		
	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular	04 pontos		
	Certificado de Acreditação – ONA, Joint Commission International, Qmentum da Canadá Accreditation International ou outras entidades e instituições Acreditoras reconhecidas obtidos na gestão da OSS.	03 pontos		
Estrutura e experiência da Diretoria	Apresentação de organograma da Unidade, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	02 pontos	09 pontos	
	Titulação de especialistas em administração/gestão hospitalar dos membros da	04		

	diretoria e coordenações (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto)	pontos	
	Experiência mínima de 1 ano da Diretoria que atuará na Unidade licitada (cada Diretor poderá obter no máximo 0,5 ponto)	03 pontos	
Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar	Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho.	02 ponto	11 pontos
	Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório e urgência	02 ponto	
	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto, oncologia e de pediatria.	02 ponto	
	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos.	02 ponto	
	Apresentação de quadro de metas para a área médica (por especialidades) observados, em especial as consultas em ambulatório, internações hospitalares e de terapia intensiva.	01 ponto	
	Apresentação de quadro de pessoal técnico por área de atividade profissional (por especialidades), compatível com as atividades do plano de trabalho.	01 ponto	
	Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME, bloco cirúrgico, oncologia e de pediatria.	01 ponto	
Implementação e Funcionamento de outros Serviços	Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	01 ponto	10 pontos
	Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.	02 pontos	
	Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.	02 pontos	
	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Unidade.	01 ponto	
	Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares.	02 pontos	
	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial.	02 pontos	
Política de Recursos Humanos	Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.	03 pontos	07 pontos
	Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.	03 pontos	
	Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.	01 ponto	
Metodologia de Projetos	Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.	02 pontos	04 pontos
	Projetos táticos e operacionais a serem realizados a alcançar e definição das estratégias de implantação.	02 pontos	
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>			<b>60 pontos</b>

**JULGAMENTO DAS PROPOSTAS DE TRABALHO**

1. Na forma de julgamento, ou seja, tipo "MELHOR PROPOSTA", serão desclassificadas as Propostas de Trabalho que:

- Não atingirem uma Pontuação Total mínima de 50 (cinquenta) pontos e que não alcancem 50% do total possível em cada um dos CRITÉRIOS: FA.1. Área de Atividade, FA.2. Área de Qualidade e FA.3. Qualificação Técnica;
- Não atenderem às exigências deste Edital;
- Que contiverem uma estimativa de despesas para custeio e para Metas de Produção das atividades do Hospital com valores manifestamente inexequíveis.

**1.1 Qualquer documentação apresentada que não tiver sua idoneidade comprovada poderá implicar na desqualificação da OSS.**

2. No julgamento da pontuação da proposta para a definição da Nota Técnica (NT) será considerado o somatório dos resultados obtidos por cada Fator de Avaliação (FA):

NT = FA.1 + FA.2 + FA.3

3. A escolha da Organização Social de Saúde será definida por meio da maior Nota Técnica - NT obtida.

<sup>1</sup>MEDAUAR, O. **O direito administrativo em evolução**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003

#### **Anexo I do Termo de Referência**

##### **INFORMAÇÕES SOBRE O HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS DE ITUMBIARA**

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em três segmentos: **(I) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(II) Metas de produção**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato; **(III) Indicadores e Metas de Qualidade/ Desempenho** que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

#### **I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS**

##### **1. O PARCEIRO PRIVADO** deverá:

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

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH/SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

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

1.4. 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;

1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital;

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

1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital, 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 HOSPITAL, observando, contudo às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente;

1.7. Serão de inteira responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUS- SIGTAP;

1.7.1. Sempre que 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 serão cobrados do PARCEIRO PRIVADO, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO;

1.7.2. Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

1.7.3. 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.

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

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

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

1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar "on line" à SES/GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 02 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;

1.11.1. 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.

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

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

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

- a. Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.
- b. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.
- c. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital.
- d. Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.
- e. Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.
- f. Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.
- g. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.
- h. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.
- i. Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.
- j. Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.
- k. Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.
- l. Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.
- m. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- Nome do usuário.
- Data de Nascimento.
- Nome da mãe.
- Nome do Hospital.
- Localização do Hospital (endereço, município, estado).
- Motivo da internação (CID-10).
- Data de admissão e data da alta.
- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
- Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.
- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".
- Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.
- Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

1.15. 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;

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

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

1.18. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, bem como em conformidade com a legislação estadual correlata;

1.19. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados para a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás;

1.20. Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores da Unidade Hospitalar de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista);

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

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

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

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

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

1.26. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Central de Regulação Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes;

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

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;

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

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

1.29. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC 02, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943;

1.30. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o Hospital na Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.31. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO 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;

1.32. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e login do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO à encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde;

1.33. 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 Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025;

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

1.35. 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:

· Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de Múltiplos órgãos.

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

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

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

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE),
- RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- RDC ANVISA Nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.
- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - CAPÍTULO II DO Sangue, Componentes e Hemoderivados;
- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.
- PRT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.
- PRT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- Portaria de Consolidação Nº 4 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.
- RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem, avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).
- Resolução COFEN Nº 358/2009, 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.
- RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXIV Política Nacional de Atenção Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º).
- Portaria MS nº1631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.
- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNHAH) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade - Anexo XXXI.
- Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017 - 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.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.
- 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.
- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- Portaria de Consolidação nº 3 - de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo.
- PT Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia.
- Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.
- Portaria nº1.399, de 17 de dezembro de 2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.
- Portaria 1046/2019 - SES/GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade

1.38. Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e conforme as diretrizes do SUS.

1.39 Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

1.40. O PARCEIRO PRIVADO deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

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

1.41.1. O **PARCEIRO PRIVADO** 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.

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

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

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

1.41.5. O **PARCEIRO PRIVADO** compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de radiologia.

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

1.42. Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:

1.42.1. Providenciar a estruturação e funcionamento de uma Agência Transfusional na unidade;

1.42.2. Providenciar a inclusão do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário);

1.42.3. 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;

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

1.42.5. 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.

1.42.6. Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento.

1.42.7. Atender às necessidades terapêuticas dos usuários, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional.

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

1.42.9. 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 estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.

1.42.10. Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, 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).

1.42.11. Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica.

1.42.12. Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente.

1.42.13. Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade e da região de saúde em que está inserida, conforme definir a SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.

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

1.42.15. A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.

1.42.16. Caso necessário e definido pela SES-GO, armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes e realizar sua distribuição para os portadores de coagulopatias ou outras doenças hematológicas, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.

1.42.17. Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expurgo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SES-GO. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.

1.42.18. 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.

1.42.19. 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.

1.42.20. Prover a manutenção predial, hidráulica, elétrica, telefonia e rede lógica.

1.42.21. Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.

1.42.22. Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.

1.42.23. Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais distribui hemocomponentes.

1.42.24. Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.

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

1.42.26. Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.

1.42.27. Manter atuante, na Agência Transfusional, os seguintes programas:

- Programa de Controle da Qualidade Interno.

- Programa de Avaliação Externa da Qualidade.

- Programa de Treinamento e Educação Permanente

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

1.42.29. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.

1.42.30. 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.

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

1.42.32. Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.

1.42.33. Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.

1.42.34. Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresenta-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.

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

1.42.36. Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.

1.42.37. Deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

1.42.38. Nos casos de aquisição, troca, substituição, remoção ou caracterização de desuso/inservibilidade de equipamentos, realizar comunicação formal à Coordenação de Patrimônio da SES-GO. Caso alguma das situações envolvam equipamentos e materiais permanentes adquiridos com uso de recursos federais, deverá ser solicitada prévia autorização da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS.

## **2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS**

2.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

2.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES-GO.

2.3. Em caso de hospitalização, o PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago ou incompatibilidade de perfil clínico, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o PARCEIRO PRIVADO, em decorrência da assinatura deste Contrato, presta serviços de assistência à saúde, por meio do Central de Regulação Estadual.

2.4. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.5. O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Estadual de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora.

2.6. O PARCEIRO PRIVADO deverá executar semestralmente uma pesquisa de satisfação independente, pesquisando a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados no Hospital, após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

2.7. No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido 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.

2.8 O PARCEIRO PRIVADO deverá aderir ao sistema de informação para monitoramento, controle e avaliação a ser disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica 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.

### 3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

#### 3.1. Identificação da Unidade

- **Nome:** Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos
- **CNES:** 2589265
- **Endereço:** Praça Sebastião Xavier nº 66 Bairro Centro, Itumbiara - GO CEP: 75513-540
- **Tipo de Unidade:** Hospital geral de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada
- **Gerência da Unidade:** Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
- **Funcionamento:** 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, sendo devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual.

#### 3.2. Capacidade Instalada

##### 3.2.1. Estrutura

3.2.1.1. O Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos possui edificação dividida em pavimentos e alas, **162 leitos gerais e 45 leitos complementares** destinados à internação de pacientes adultos e pediátricos, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 01. Capacidade Atual Instalada do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Internação	Quantidade
UTI Adulto	10 leitos
UTI Pediátrico	10 leitos
UTI Neonatal	10 leitos
UCIN	15 Leitos
Enfermaria Adulto Clínico	86 leitos
Enfermaria Pediátrica	8 leitos
Enfermaria Cirúrgica	60 leitos
Enfermaria Obstétrica	8 leitos
Leito Dia	02 leitos /poltronas
Observação (Box estabilização)	02
Observação (Box observação)	10
Centro Cirúrgico (Salas cirúrgicas)	03
Centro Cirúrgico (RPA)	04

3.2.1.2. O hospital deverá estruturar sua Agência Transfusional (AT), que, por definição, é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imunohematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. O suprimento de hemocomponentes a esta agência deverá ser realizado por serviço público. A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelecer a SES-GO.

3.2.1.3. O serviço de hemoterapia integrará a Rede Estadual de Serviços de Hemoterapia (REHEMO) e, por consequência, a Hemorrede Estadual, estando inserido no contexto das políticas, estratégias, planejamento e determinações emanadas da SES-GO, inclusive da Superintendência de Atenção Integral à Saúde/Gerência de Atenção Terciária/Coordenação da Hemorrede, especialmente quanto a assistência hemoterápica e hematológica.

3.2.1.4 O Serviço de hemoterapia deverá atender a demanda por realização de procedimentos hemoterápicos da unidade e deverá, sempre que necessário e autorizado pela SES-GO, realizar a distribuição de hemocomponentes a outros serviços de saúde, atendendo a legislação vigente. Nesse contexto, havendo necessidade, deverão ser realizados os testes pré-transfusionais para distribuição de hemocomponentes a outros serviços.

3.2.1.5 A distribuição física poderá ser adequada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com anuência prévia do **PARCEIRO PÚBLICO**, considerando, sempre, a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.

#### 3.3 Perfil da Unidade

3.3.1. O Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos caracterizado como Hospital Geral de Alta e Média Complexidade, como porta de Entrada (referenciada), conforme classificação de risco, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Sudeste e demais Macrorregiões. Atualmente a Unidade funciona 24 horas e realiza atendimentos de média e alta complexidade.

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

#### 4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

##### 4.1. Linhas de Serviços

4.1.1. Para o funcionamento do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos serão consideradas as seguintes linhas de serviços;

a) Internação:

- a.a) Saídas de Clínica Médica
- a.b) Saídas Cirúrgica
- a.c) Saídas de Pediátricas
- a.d) Saídas Cirúrgicas Oncológicas
- a.e) Saídas Oncológicas
- a.f) Saídas Obstetrícia
- a.g) Saídas Cirúrgicas Programadas
- a.h) Internações em leitos de UTI adulto
- a.i) Internações em leitos de UTI neonatal
- a.j) Internações em leitos de UTI Pediátrico
- a.h) Internações em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médica e multiprofissionais em ambulatório.

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

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

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

##### 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).

4.2.1.1. Será de inteira responsabilidade pelo **PARCEIRO PRIVADO**: o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP ou outra tabela que vier a substituí-la.

4.2.1.2. Observado o disposto no parágrafo anterior, na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** ser demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam na tabela SUS-SIGTAP, será regressivamente cobrado do **PARCEIRO PRIVADO** os valores correspondentes.

4.2.1.3. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia ao **PARCEIRO PRIVADO**.

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

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

4.2.3. Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares.

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

- a) Assistência por equipe médica especializada.
- b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.
- c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.
- d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.
- e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.
- f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, incluindo os utilizados no Hospital Dia;
- g) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação.
- h) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.
- i) 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).
- j) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.

k) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.

l) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).

m) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.

n) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).

o) Sangue e hemoderivados.

p) Fornecimento de roupas hospitalares.

q) Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.

r) Garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente.

s) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

#### 4.3. Atendimento às Urgências Hospitalares

4.3.1. A Unidade Hospitalar deverá dispor de atendimento às urgências e emergências porta aberta e referenciadas, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24h.

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

4.3.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretária Estadual de Saúde, priorizando a internação de média complexidade, encaminhando pacientes de outras especialidades às demais unidades de saúde por meio do Complexo Regulador Estadual.

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

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

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

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

Especialidades médicas para porta de entrada (urgência) - Itumbiara
Cirurgia Geral
Clínica Médica
Ginecologia/Obstetrícia
Ortopedia e traumatologia
Neurologia Trauma
Cirurgia Vasculiar
Pediatria

#### 4.4. Atendimento Ambulatorial

##### 4.4.1. Consultas Médicas e Multiprofissional na Atenção Especializada

4.4.1.1. 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 Regulação, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

4.4.1.2. As consultas ambulatoriais compreendem:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b) Interconsulta;

c) Consultas subsequentes (retornos).

4.4.1.3. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação do Estado ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

4.4.1.4. 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.

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

4.4.1.6. 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.

4.4.1.7. 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.

4.4.1.8. As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.4.1.9. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, nas especialidades descritas nos Quadros 03 e 04, abaixo, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

Quadro 03. Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

<b>Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no ambulatório</b>
Cardiologia - Exames pré operatórios (Risco cirúrgico)
Cirurgia Geral (ambulatório de pré e pós operatório)
Cirurgia Oncológica
Clínica Médica
Dermatologia - Oncologia (ambulatório de pré e pós operatório)
Gastroenterologia Geral (ambulatório de pré e pós operatório)
Gastroenterologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Ginecologia (ambulatório de pré e pós operatório)
Infectologia (VVS)
Mastologia (ambulatório de pré e pós operatório)
Neurocirurgia
Obstetrícia (pré natal alto risco)
Oncologia Clínico
Otorrinolaringologia- adulto (ambulatório de pré e pós operatório)
Ortopedia e Traumatologia (ambulatório de pré e pós operatório)
Cuidado Paliativo - Paliativismo
Pediatria (egresso alto risco)
Pediatria - oncologia
Pneumologia (ambulatório de pré e pós operatório)
Pneumologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Proctologia Geral (ambulatório de pré e pós operatório)
Proctologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Urologia - (ambulatório de pré e pós operatório)
Urologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Angiologia e Cirurgia Vascular (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

Quadro 04. Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

<b>Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no ambulatório</b>
Fisioterapia (egresso)
Terapia Ocupacional (egresso)
Fonoterapia (egresso)

Enfermeiro (egresso)
Farmácia - VVS
Psicologia - VVS
Serviço Social - VVS
Nutrição

#### 4.4.2. Cirurgias Programadas

4.4.2.1. Consideram-se as Cirurgias Programadas as intervenções que abrangem as cirurgias de médio e alto porte, sob efeito de anestesia e de diferentes especialidades, em pacientes que não estejam em internação hospitalar, ou seja, excetuam-se aqui as cirurgias de pacientes em atendimentos de urgência.

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

Quadro 05. Especialidades Médicas para cirurgias programadas iniciais a serem oferecidas no Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Especialidades médicas para cirurgias programadas
Cirurgia Geral
Cirurgia oncológica (tais como: aparelho digestivo, urologia, colo-proctologia, ginecologia, mastologia )
Gastroenterologia
Ginecologia
Ortopedia
Otorrinolaringologia - adulto
Proctologia
Urologia
Angiologia e Cirurgia Vascular

Obs: Será monitorado e acompanhado a necessidade de inclusão caso seja necessário.

#### 4.5. SADT Externo

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

#### 4.6. Leito Dia

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

#### 4.7. Serviços de Apoio

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

4.7.2. Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

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

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

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

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

#### 5. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

5.1. Caso, ao longo da vigência do Contrato, 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 Contrato de Gestão.

## 6. PROPOSTA DE MELHORIAS

6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO, Portaria nº 253/2020 ou outra norma vigente.

6.2. 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**.

6.3. 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. 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.

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

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

7.1. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à **Secretaria de Estado da Saúde** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada, conforme necessidade e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.2. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- a) Relatórios contábeis e financeiros.
- b) Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho.
- c) Relatório de Custos, em regime trimestral.
- d) Censo de origem dos pacientes atendidos.
- e) Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.
- f) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

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

7.4. 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.

## II - METAS DE PRODUÇÃO

### 8. REGRA GERAL

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

8.2 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do **Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos**.

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

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

#### 8.4.1. Internações Hospitalares

- a.) Saídas de Clínica Médica
- b) Saídas Cirúrgica
- c) Saídas de Pediátricas
- d) Saídas Cirúrgicas Oncológicas
- e) Saídas Oncológicas
- f) Saídas Obstetrícia

#### 8.4.2. Cirurgias Programadas

#### 8.4.3. Consultas Ambulatoriais

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

#### 8.4.6. Serviço de Quimioterapia: Sessões de quimioterapia

#### 8.4.7. SADT Externo

**8.4.8. Hospital Dia**

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

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

**8.7. Determinantes da Parte Fixa****8.7.1. Internações Hospitalares**

8.7.1.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente 341 saídas de Clínica Médica, 104 saídas de Pediatria, 165 saídas cirúrgicas, 155 saídas cirúrgicas programadas, 86 saídas oncológicas, 69 saídas cirúrgicas oncológicas e 104 saídas obstétricas com variação de  $\pm 10\%$ , de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 06. Metas de saídas hospitalares para o Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Internação (saídas hospitalares)	Meta mensal	Meta 12 meses
Clínica Médica	341	4092
Oncológica	86	1032
Pediátrica	104	1248
Clínica Cirúrgica	165	1980
Cirúrgica Programada	155	1860
Cirúrgica Oncológica	69	828
Obstétrica	104	1248

Obs.: Para o cálculo das saídas hospitalares, considerou-se o número de leitos de internação, a taxa de ocupação de 85% para enfermarias e 90% para UTI; e os tempos médios de permanência (TMP) para clinica médica 5 dias, oncologia 6 dias, pediatria 2 dias, cirúrgica 5 dias, oncologia cirúrgica 6 dias, cirúrgicas programadas 2 dias e obstetria 2 dias.

8.7.1.2. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital.

8.7.1.3. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado das internações hospitalares.

**8.7.2. Cirurgias Programadas**

8.7.2.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar 155 cirurgias programadas conforme perfil dos pacientes atendidos pela Unidade, com variação de até  $\pm 10\%$ . Os pacientes poderão ser encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual, emergenciais, bem como ter a necessidade do procedimento detectada durante o acompanhamento dos pacientes atendidos pelo hospital.

8.7.2.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar os procedimentos realizados mensalmente.

Quadro 07. Metas de cirurgias programadas para o Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Cirurgias Programadas	Meta mensal	Meta 12 meses
Cirurgias	155	1.860

Obs.: Para o cálculo das cirurgias programadas, considerou-se a capacidade instalada, mantendo o perfil de atendimento da Unidade.

**8.7.3. Cirurgias Ambulatoriais**

8.7.3.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar 176 procedimentos ambulatoriais conforme perfil dos pacientes atendidos pela Unidade, com variação de até  $\pm 10\%$ . Os pacientes poderão ser encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual, emergenciais, bem como ter a necessidade do procedimento detectada durante o acompanhamento dos pacientes atendidos pelo hospital.

8.7.3.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar os procedimentos realizados mensalmente.

Quadro 08. Metas de procedimentos ambulatoriais para o Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Cirurgias Ambulatoriais	Meta mensal	Meta 12 meses
Cirurgia ambulatorial	176	2.112

Obs.: Para o cálculo das procedimentos ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada e a potencialidade de realizar os procedimentos sem necessidade de internação, mantendo o perfil de atendimento da Unidade.

8.7.3.3. Os procedimentos ambulatoriais são interpretadas como aquelas que não exigem internação, com o intuito de promover maior rotatividade ao Centro Cirúrgico da Unidade. As especialidades que poderão ser contempladas tais como a ortopedia (segundo tempo cirúrgico de média e alta complexidade), a urologia (exemplo: ureterolitotripsia).

#### 8.7.4. Consultas Ambulatoriais

8.7.4.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar produção mensal de 2000 consultas médicas, 1074 consultas Multiprofissionais e 528 consultas médicas oncológicas, com variação de até  $\pm 10\%$ .

Quadro 09. Metas de consultas ambulatoriais para o Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Ambulatório	Meta mensal	Meta 12 meses
Consulta médica na atenção especializada	2.000	24.000
Consulta multiprofissionais na atenção especializada	1.074	12.888
Consulta médicas oncológicas	528	6.336
<b>Total</b>	<b>3.602</b>	<b>43.224</b>

Obs.: Para o cálculo das consultas ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada de consultórios e a possibilidade de otimização do tempo e dias para atendimento.

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

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

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

#### 8.7.5. SADT Externo

8.7.5.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames Raio X, Ultrassom/Doppler, Eletrocardiograma, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), Colonoscopia, Ecocardiograma, Endoscopia, e Mamografia a pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

8.7.5.2. A Unidade Hospitalar deverá ofertar e realizar mensalmente 1000 Análises Clínicas, 100 Colonoscopia, 30 CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica), 600 de Eletrocardiograma, 100 de Ecocardiograma, 100 de Endoscopia, 660 de Mamografia, 1200 de Raio- x, 400 de Ressonância Magnética, 800 de Tomografia, 200 de Ultrassonografia e 200 de Ultrassonografia/ Doppler, para pacientes externos, com variação de até  $\pm 10\%$ , sendo os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

Quadro 10. Metas de exames para o SADT Externo do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Exame	Meta mensal	Meta 12 meses
Análises Clínicas	1000	12.000
Colonoscopia	100	1.200
CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica)	30	360
Eletrocardiograma	600	7.200
Ecocardiograma	100	1.200
Endoscopia	100	1.200
Mamografia	660	7.920
Raio- x	1200	14.400
Ressonância Magnética	400	4.800
Tomografia	800	9600
Ultrassonografia	200	2.400
Ultrassonografia/ Doppler	200	2.400

Obs: Será monitorado e acompanhado a necessidade de inclusão caso seja necessário.

### 8.7.6. Hospital Dia

8.7.6.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar 200 atendimentos no Hospital Dia por mês, com variação de até  $\pm 10\%$ .

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

Quadro 11. Metas de atendimentos para o Hospital Dia do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Hospital Dia	Meta mensal	Meta 12 meses
Atendimentos	200	2.400

### 9. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS (Âmbito Hospitalar)

9.1. 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.

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

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

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

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

### 10. SERVIÇO DE QUIMIOTERAPIA

10.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar 3420 sessões/mês, com variação de até 10%.

Quadro 12. Metas de sessões de quimioterapia para o do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Serviço de Quimioterapia	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Sessões de Quimioterapia	3.420	41.040

### III - INDICADORES DE DESEMPENHO

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

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

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

Quadro 13-Síntese de Metas de Desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	$\geq 85\%$
Média de Permanência Hospitalar	$\leq 6$ dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	$\leq 26$
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	$\leq 20\%$
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	$< 5\%$
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	$\leq 1\%$
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais - (causas relacionadas à organização da Unidade)	$\leq 1\%$
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	$\leq 5\%$
Percentual de partos cesáreos	$\leq 15\%$
Taxa de Aplicação da Classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea	100%

Índice de Lesões por Extravasamento de Quimioterapia	<5%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%

### 11.2.1. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

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

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

Observação: A meta para a permanência na Unidade de Terapia Intensiva, entretanto, foi mantida em 90%, considerando-se a série histórica da Instituição, devendo ser avaliada separadamente.

### 11.2.2. MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR (DIA)

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

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

### 11.2.3. ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO (HORAS)

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

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

*Observação: o valor do óbito deverá ser multiplicado por 24 horas para a conversão em dias caso seja necessário.*

### 11.2.4. TAXA DE READMISSÃO HOSPITALAR (EM ATÉ 29 DIAS)

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

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

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

### 11.2.5. TAXA DE READMISSÃO EM UTI EM ATÉ 48 HORAS (READMISSÃO PRECOCE EM UTI)

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

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

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

### 11.2.6. PERCENTUAL DE OCORRÊNCIA DE GLOSAS NO SIH

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

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

### 11.2.7. PERCENTUAL DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS PROGRAMADAS POR CONDIÇÕES OPERACIONAIS (APRESENTAR OS MAPAS CIRÚRGICOS) CAUSAS RELACIONADAS À ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE.

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

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

Observação: excluídas as causas relacionadas ao paciente.

#### 11.2.8. PERCENTUAL DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS PROGRAMADAS POR CONDIÇÕES OPERACIONAIS (APRESENTAR OS MAPAS CIRÚRGICOS) CAUSAS RELACIONADAS AO PACIENTE

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

Fórmula:  $[No\ de\ cirurgias\ programadas\ suspensas / No\ de\ cirurgias\ programadas\ (mapa\ cirúrgico)] \times 100$

#### 11.2.9. PERCENTUAL DE PARTOS CESÁREAS

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

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

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

#### 11.2.10. TAXA DE APLICAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON NAS PARTURIENTES SUBMETIDOS 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:  $[N^{\circ}\ de\ parturientes\ submetidas\ a\ cesárea\ classificadas\ pela\ Classificação\ de\ Robson\ no\ mês / Total\ de\ parturientes\ submetidas\ a\ cesárea\ no\ mês \times 100]$

#### 11.2.11. ÍNDICE LESÕES POR EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERAPIA

Conceituação: Dentre os principais eventos adversos relacionados à administração endovenosa da terapia antineoplásica, o extravasamento se destaca como a complicação aguda mais severa, causando extremo desconforto ao paciente e exigindo dos profissionais habilidades para prevenir, diagnosticar e intervir precocemente. O extravasamento de antineoplásicos é definido como o escape da droga do vaso sanguíneo aos tecidos circunjacentes. A ação das drogas antineoplásicas ao tecido extravasado pode acarretar em grave destruição tecidual. O grau de lesão tissular está diretamente relacionado ao potencial de lesão da droga, concentração e o intervalo entre o reconhecimento e tratamento.

Fórmula:  $[casos\ de\ extravasamento\ por\ drogas\ antineoplásica\ em\ 30\ dias / Total\ de\ pacientes\ que\ receberam\ a\ droga\ antineoplásica\ em\ 30\ dias] \times 100$

#### 11.2.12. PERCENTUAL DE INVESTIGAÇÃO DA GRAVIDADE DE REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (FARMACOVIGILÂNCIA)

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

Fórmula:  $[N^{\circ}\ de\ pacientes\ com\ RAM\ avaliada\ quanto\ à\ gravidade / N^{\circ}\ total\ de\ pacientes\ com\ RAM] \times 100$

#### 11.2.13 RAZÃO DO QUANTITATIVO DE CONSULTAS OFERTADAS

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

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

#### 11.2.14. PERCENTUAL DE EXAMES DE IMAGEM COM RESULTADO DISPONIBILIZADO EM ATÉ 10 DIAS

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

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

#### 11.2.15. PERCENTUAL DE MANIFESTAÇÕES QUEIXOSAS RECEBIDAS NO SISTEMA DE OUVIDORIA DO SUS

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

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

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

## 5. ENSINO E PESQUISA

- 5.1. 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).
- 5.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.
- 5.3. 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.
- 5.4. 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.
- 5.5. 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.
- 5.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.
- 5.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnológicos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO
- 5.8. 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 OS, no momento da contratação.
- 5.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.
- 5.10. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal.
- 5.11. 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.
- 5.12. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.
- 5.13. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.
- 5.14. 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.
- 5.15. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.
- 5.16. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normas legais disciplinares.
- 5.17. 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.

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

- 6.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.
- 6.2. O Contrato de Gestão 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.
- 6.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.
- 6.4. 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 (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.
- 6.5. 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.
- 6.6. 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.
- 6.7. 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.
- 6.8. 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.

6.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado (pelo Centro de Seleção da UFG) e acompanhado pela SESG por meio da assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMES), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU).

6.10. 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, e seu equivalente se contratado pelo regime celetista.

6.11. 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 tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em portaria interministerial (MEC/MS).

## 7. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

7.1. 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.

7.2. 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).

7.3. 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 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.

7.4. 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.

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

7.6. 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, concorrendo em Editais específicos para tal.

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

7.7.1. 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-cnrm>

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

7.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, os Programas de Residência Médica com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

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

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

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

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

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

8.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

8.5. 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.

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

8.7. 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.14. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

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

8.16. 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.

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

## 9. DOS RECURSOS FINANCEIROS

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

9.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico, o valor referente ao mesmo será glosado imediatamente.

9.3. Ocorrendo a situação descrita no item 9.2, caberá à SESG informar o desligamento do Residente e o valor da glosa a ser efetuado à área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que realizado o devido desconto financeiro.

## 10. ESTÁGIOS CURRICULARES

10.1. 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.

10.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020 e Portaria nº 471/2020 – SES/GO, de 05 de março de 2020, ou outras que venham substituí-las.

10.3. 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, cuja distribuição será organizada e orientada pela SESG.

## 11. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

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

11.2. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAC à SESG, via protocolo no SEI, até o dia 30 de outubro do respectivo ano, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo até o último dia útil do ano para o respectivo parceiro.

### **ANEXO III do Termo de Referência GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2021 - GGDP- 03087**

3.1. O **PARCEIRO PRIVADO** 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.

3.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

3.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar equipe médica em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 1634/2002 e alterações posteriores, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no CONTRATO DE GESTÃO.

3.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

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

3.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar que a unidade sob seu gerenciamento desenvolva uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE.

3.7. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda as condições mínimas necessárias ao descanso dos servidores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão.

3.8. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar a taxa de absenteísmo mensal dos funcionários e colaboradores de acordo com o vínculo.

3.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado disponibilizando a leitura e migração do banco de dados.

3.10. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.11. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

3.12. Em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE da Minuta do CONTRATO DE GESTÃO, 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** descritos no Quadro 02, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO.

3.13. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** 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 CONTRATO DE GESTÃO, 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.

3.14. 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 CONTRATO DE GESTÃO;

3.15. A dedução de que trata o item 3.13 será devida no valor correspondente aos custos inerentes a contratação do colaborador substituto (salário e encargos legais), assumidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

3.16. O **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos.

3.17. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.

3.18. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

3.19. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.20. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá comprovar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** o 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.

3.21. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica.

3.22. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá devolver ao **PARCEIRO PÚBLICO** servidores cedidos em exercício na Unidade sob seu gerenciamento motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.23. O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou os servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento.

3.24. 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 relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos.

3.25. Cabe ao **PARCEIRO PÚBLICO** o estabelecimento dos fluxos dos procedimentos relacionados à vida funcional dos servidores públicos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com o delineamento dos trâmites necessários e definição das responsabilidades de cada uma das partes envolvidas.

3.26. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar a execução das avaliações Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e de Desempenho Individual para concessão do Prêmio de Incentivo, aplicadas aos servidores públicos cedidos, pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo o disposto no Decreto estadual nº 5.668, de 11 de outubro de 2002 e suas alterações e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente.

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

3.28. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, do **PARCEIRO PRIVADO**, para quaisquer serviços relativos ao CONTRATO DE GESTÃO.

3.29. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder a 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.

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

Quadro 02. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao HOSPITAL REGIONAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS - Fev/2021	
CARGOS	Total de Servidores cedidos
Não consta servidores cedidos à Unidade	0
Fonte: RHNet Ref: Dez/2020 / Site: <a href="https://www.saude.go.gov.br/os-transparencia">https://www.saude.go.gov.br/os-transparencia</a> Ref: 01/02/21	

**Anexo IV do Termo de Referência**  
**ESTIMATIVA DE CUSTEIO - ITUMBIARA/2021 - GAOS- 14421**

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

A metodologia empregada para cálculo dos mencionados custos utiliza-se o Custeio por Absorção, um método que consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados. Na abordagem utilizada para o processo de operação dos custos hospitalares foi feita uma adaptação desta versão básica e estende o cálculo dos custos para a totalidade dos insumos, independente da classificação de custos e despesas de cada serviço ou produto comercializado ou consumido na unidade.

Para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pelas Superintendências da SES, conforme Anexo I (v. 000023840398) - Especificações Técnicas GERAT. Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, recorreu-se também à comparações com unidades prévias do Estado de Goiás com o perfil assistencial semelhante ao que se pretende neste contrato, seguindo os seguintes critérios:

- a) Capacidade física instalada e operacional da Instituição;
- b) Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)* da própria unidade e de outras unidades, em caso de inserção de serviços que a unidade não realizava; e da Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (COMFIC);
- c) Tempo Médio de Permanência, por clínica e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento praticado da própria unidade hospitalar e de outras unidades, em caso de inserção de atendimentos que a unidade não realizava;
- d) Legislação relacionada ao perfil de atendimento.

## 1. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

### 1.1. Linhas de Contratação

**1.1.1.** A estimativa dos custos operacionais do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos, foi segmentada conforme **linhas de contratação** estabelecidas no Anexo I (v. 000023840398).

## 2. MÉTODO DE CÁLCULO

### 2.1. Percentis (25, 50 e 75)

**2.1.1.** A metodologia do Custeio por Absorção, consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006). Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

**2.1.2.** Trata-se do custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. É este o único método aceito pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (Ministério da Saúde, 2006). 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.

**2.1.3.** Para o cálculo, a consultora Planisa forneceu percentis relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do benchmark do sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)*, com referência de 2019 e de 2020.

**2.1.4.** A consultora disponibilizou dados referentes ao ano de 2020 somente para os serviços de UTI Covid e Unidade Semicríticas COVID. Salienta-se, deste modo, que o órgão buscou selecionar as bases de dados mais atualizadas, conforme as limitações fáticas envolvidas.

**2.1.5.** Para a precificação em tela, foram utilizados dados fornecidos do *benchmark* de 2019 com atualização da tabela FIPE referente ao período de janeiro a dezembro de 2020, no valor de 3,67%. A Planisa não fornece para esses serviços base de dados do ano de 2020, e diante deste fato foi

necessária a aplicação do valor referente à FIPE Saúde.

**2.1.6.** A impossibilidade de fornecimento e utilização de uma base de dados de 2020 para os serviços referidos no parágrafo anterior é justificada pelo fato de que o ano de 2020 foi cercado de atipicidade, sendo inteiramente marcado por uma pandemia que representou uma grave situação de calamidade pública, forçando ocupações maiores das unidades de saúde, elevação significativa no custo para consumo, gasto de materiais, insumos, medicamentos, equipamentos, e outros embaraços de ordem logística.

**2.1.7.** A relatada situação, conforme alega a consultora, impede a instituição de um sistema de custos fidedigno para a referência de 2020 neste tipo de linha assistencial, restando a base de 2019 como a mais recente possível de ser utilizada.

**2.1.8.** Importa, ainda, destacar, que a aludida aplicação do índice não incide diretamente nos valores praticados no contrato emergencial pretérito, mas sim no próprio valor de custeio indicado no presente documento. É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

**2.1.9.** Outrossim, esta adequação é evidentemente necessária diante do aumento elevado dos custos médico-hospitalares praticados no ano de 2020, causado pela circunstância emergencial.

**2.1.10.** É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

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

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

**2.1.13.** Esta unidades possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade.

**2.1.14.** Ressalte-se ainda, que 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 P 50, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil daquelas unidades e aos seus custos integrados. Contudo sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo *benchmark* nacional com os a realidade dos relatórios fornecidos pelo KPIH no território goiano ou, quando é o caso, com os próprios preços praticados pelo Hospital. O Cálculo, então, buscou ponderar todo o contexto daquela unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização. Considerou-se também a série histórica de atendimentos, os equipamentos instalados, as especialidades e os serviços.

## 2.2. Memória de cálculo

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

Quadro 01. Capacidade Atual Instalada do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Internação	Quantidade de leitos	TOH	Quantidade dias do mês	Pacientes projetados
UTI Adulto	10 leitos	90%	30,4	274
UTI Pediátrico	10 leitos	90%	30,4	274
UTI Neonatal	10 leitos	90%	30,4	274
UCIN	15 Leitos	90%	30,4	410
Enfermaria Adulto Clínico*	86 leitos	85%	30,4	1.705 517
Enfermaria Pediátrica	8 leitos	85%	30,4	207
Enfermaria Cirúrgica **	60 leitos	85%	30,4	1.550
Enfermaria Obstétrica	8 leitos	85%	30,4	207

\* Sendo 20 leitos para Unidade clínica médica oncológica e 66 leitos para Unidade clínica médica geral.

\*\* Os 60 leitos estão distribuídos entre Unidade clínica cirúrgica, cirúrgica oncológica e clínica cirúrgica (cirurgias programadas).

**2.2.2.** O custeio do **“Hospital dia”** foi estimado multiplicando a quantidade de atendimentos previstos pelo custo unitário praticado pela própria unidade, exclui-se o custeio dos **“Procedimentos ambulatoriais”**, já precificados nos atendimentos emergenciais e ambulatoriais.

Serviço	Quantidade de Leitos-dia	Nº de atendimentos projetados/mês
Hospital dia	2	200

**Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.**

**2.2.3.** O custeio das **cirurgias**

2.2.3.1 O custeio das **cirurgias** foi estimado multiplicando o número de horas necessárias para realizar as cirurgias projetadas e, posteriormente, pelo custo unitário da hora cirúrgica.

Serviço	Horas cirúrgicas projetadas
Cirurgias realizadas na unidade (GERAL)	612
Cirurgias oncológicas	396
Cirurgias programadas	480
Partos (cesáreos e normais)	250

**Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.**

2.2.4. O custeio das **“Consultas Ambulatoriais”** foi estimado multiplicando a meta projetada pelo seu custo unitário. Devido à variação dos custos, as consultas ambulatoriais foram divididas em **consultas médicas** e **consultas multiprofissionais**. Os custos unitários das consultas médicas e multiprofissionais foram obtidos de base externa.

Serviço	Nº de consultas médicas projetadas/mês
Consulta médica	2.000
Consulta Médica Oncológica	528
Consulta não médica	1.074

**Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.**

2.2.5. O critério para o **“Atendimento de Urgência na Atenção Especializada”** envolve o número de atendimentos, e seu custeio foi estimado multiplicando-se a meta estabelecida (a qual pondera pela série histórica e pela demanda), pelo respectivo custo unitário, dados obtidos de base KPIH.

Serviço	Nº de atendimentos projetadas/mês
Emergências	2.885

**Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), de janeiro a dezembro 2019.**

2.2.6. O custeio do **“Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)” externo** foi obtido multiplicando o volume estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário. O volume de cada item foi obtido considerando o setor solicitante, a quantidade, e o número de paciente-dia ou atendimento que gerou aquela demanda pelo SADT, sendo estes dados obtidos de bases externas.

Serviço	Nº de atendimentos projetadas/mês
Agência Transfusional	399
Análises clínicas	23.550
Anatomia patológica	647
Colonoscopia	136
Ecocardiograma	153
Eletrocardiograma	611
Endoscopia	224
Hemodiálise	220
Mamografia	854
Quimioterapia	3.420
Raio X	4.000
Ressonância nuclear magnética	634

Tomografia computadorizada	2.500
Ultrassonografia	517
Ultrassonografia DOPLER	211
Fisioterapia	6.201
Fonoaudiologia	1539
Psicologia	2979
Terapia ocupacional	771
CPRE	45

### 2.3. Atualização financeira da base de dados

**2.3.1.** Foi aplicado **índice FIPE-Saúde** (acumulado de janeiro a dezembro de 2020, em 3,67%), para atualização dos custos das linhas de serviço, incidindo-se diretamente nos valores relativos ao *benchmark* externo, do ano de 2019, (dado o Déficit inflacionário considerável). Trata-se de aplicação direta do índice para nova precificação e que leva em conta um *benchmark* com valores referentes a 2019. Objetiva-se logo a melhor retratação do cenário real.

**2.3.2.** A razão da atualização dos preços em detrimento da utilização dos sistemas referenciais em data contemporânea à contratação ocorre pela incompletude dos dados relativos às linhas de serviço do ano de 2020, pela Planisa.

**2.3.3.** A utilização do *benchmark* de 2019 para as linhas de serviços que ainda não foram compreendidas no *benchmark* de 2020 visa selecionar a base mais recente e adequada, compatibilizando-se assim com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas não importando-se assim em sobrepreço.

**2.3.4.** Os recursos estimados estão sujeitos ao cumprimento dos resultados esperados, de tal sorte que se busca não haver excesso que implique em desperdício do erário, ou escassez que comprometa a gestão da unidade pública, assim como se estão limitados ao *necessário* para o cumprimento das metas pactuadas.

### 3. VALOR MENSAL ESTIMADO

**3.1.** Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos é de **R\$13.942.515,20 (treze milhões, novecentos e quarenta e dois mil quinhentos e quinze reais e vinte centavos)** no Percentil P-50.

**3.2.** O Custeio estimado para o período de 48 (quarenta e oito) meses é de **R\$669.240.729,60 (seiscentos e sessenta e nove milhões, duzentos e quarenta mil setecentos e vinte e nove reais e sessenta centavos).**

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

**Hospital de Itumbiara**

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES	CRITÉRIO	QUANTIDADE	P25	P50	P75	P25	P50	P75
<b>1. INTERNAÇÃO</b>								
1.1. UI Clínica Cirúrgica	Paciente-dia	827	537,60	620,42	685,41	444.595,20	513.087,34	566.834,07
1.2. UI Clínica Cirúrgica Oncológica	Paciente-dia	413	537,60	620,42	685,41	222.028,80	256.233,46	283.074,33
1.3. UI Clínica Cirúrgica (Cirurgias programadas)	Paciente-dia	310	537,60	620,42	685,41	166.656,00	192.330,20	212.477,10
1.4. UI Clínica Médica	Paciente-dia	1.705	592,21	707,40	711,19	1.009.718,05	1.206.117,00	1.212.578,95
1.5. UI Clínica Médica Oncológica	Paciente-dia	517	592,21	707,40	711,19	306.172,57	365.725,80	367.685,23
1.6. UI Pediatria	Paciente-dia	207	626,64	705,58	889,16	129.714,48	146.055,06	184.056,12
1.7. UI Obstetrícia	Paciente-dia	207	494,75	567,40	636,62	102.413,25	117.451,80	131.780,34
1.8. UTI Adulto	Paciente-dia	274	1.777,22	2.078,23	2.225,53	486.958,28	569.435,02	609.795,22
1.9. UTI Neonatal	Paciente-dia	274	1.531,49	1.632,60	1.944,49	419.628,26	447.332,40	532.790,26
1.10. UTI Pediátrica	Paciente-dia	274	1.976,47	2.083,93	2.368,82	541.552,78	570.996,82	649.056,68
1.11. UCIN	Paciente-dia	410	543,14	560,48	1.051,01	222.687,40	229.796,80	430.914,10
1.10. Hospital Dia	Diária	200	349,73	598,84	788,79	69.946,00	119.768,00	157.758,00
						<b>4.122.071,07</b>	<b>4.734.329,70</b>	<b>5.338.800,40</b>
<b>2. PRONTO SOCORRO</b>								
2.1. Pronto Atendimento Geral	Atendimento	2.885	157,23	261,19	309,24	453.561,38	753.454,79	892.064,63
						<b>453.561,38</b>	<b>753.454,79</b>	<b>892.064,63</b>
<b>4. CIRURGIAS/PARTOS</b>								
Cirurgias realizadas na unidade (geral)	Horas cirúrgicas	612	1.366,58	1.492,75	1.868,50	836.346,96	913.563,00	1.143.522,00
Cirurgias oncológicas	Horas cirúrgicas	396	1.366,58	1.492,75	2.453,17	541.165,68	591.129,00	971.455,32
Cirurgias Programadas	Horas cirúrgicas	480	1.366,58	1.492,75	2.453,17	655.958,40	716.520,00	1.177.521,60
Partos (Cesáreos e Normais)	Horas cirúrgicas	250	1.583,41	2.539,31	3.146,46	395.219,14	633.811,78	785.356,42
						<b>2.428.690,18</b>	<b>2.855.023,78</b>	<b>4.077.855,34</b>
<b>5. ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>								
5.1. Consulta médica	Consulta	2.000	72,78	105,47	120,98	145.560,00	210.940,00	241.960,00
5.1.1 Consultas médicas oncológicas	Consulta	528	72,78	105,47	120,98	38.427,84	55.688,16	63.877,44
5.2. Consulta não-médica	Consulta	1.074	28,87	46,12	67,82	31.006,38	49.532,88	72.838,68
						<b>214.994,22</b>	<b>316.161,04</b>	<b>378.676,12</b>
<b>6. SADT Interno/Externo Geral</b>								
6.1. Agência Transfusional	Bolsa Transfundida	399	199,64	300,02	444,31	79.656,36	119.707,98	177.279,69
6.2. Análises Clínicas	Exame	23.550	6,06	7,91	9,42	142.713,00	186.280,50	221.841,00
6.3. Anatomia Patológica	Exame	647	26,12	32,78	85,66	16.899,64	21.208,66	55.422,02
6.4. Colonoscopia	Exame	136	253,41	314,90	519,33	34.463,76	42.826,40	70.628,88
6.5. Ecocardiograma	Exame	153	92,46	111,47	137,31	14.146,38	17.054,91	21.008,43
6.6. Eletrocardiograma	Exame	611	12,03	14,40	25,14	7.350,33	8.798,40	15.360,54
6.7. Endoscopia	Exame	224	253,41	314,90	519,33	56.763,84	70.537,60	116.329,92
6.8. Hemodiálise	Sessão	220	328,76	383,66	943,02	72.327,20	84.405,20	207.464,40
6.10. Mamografia	Exame	854	44,30	66,70	99,30	37.832,20	56.961,80	84.802,20
6.12. Quimioterapia	Sessão	3.420	812,50	989,40	1.091,40	2.778.750,00	3.383.748,00	3.732.588,00
6.13. Raios X	Exame	4.000	15,40	18,30	25,10	61.600,00	73.200,00	100.400,00
6.14. Ressonância Nuclear Magnética (RNM)	Exame	634	181,38	273,05	300,60	114.994,92	173.113,70	190.580,40
6.15. Tomografia Computadorizada (TC)	Exame	2.500	43,25	62,50	84,43	108.125,00	156.250,00	211.075,00
6.16. Ultrassonografia	Exame	517	58,07	64,05	107,43	30.022,19	33.113,85	55.541,31
6.17. Ultrassonografia Doppler	Exame	211	92,46	111,47	137,31	19.509,06	23.520,17	28.972,41
6.18. Fisioterapia	Sessão	6.201	15,41	21,01	25,20	95.562,34	130.289,73	156.273,26
6.19. Fonoaudiologia	Sessão	1.539	21,01	26,87	30,97	32.335,23	41.354,00	47.664,07
6.20. Psicologia	Sessão	2.979	24,13	43,69	69,11	71.889,06	130.163,00	205.895,28
6.21. Terapia Ocupacional	Sessão	771	10,68	30,16	90,35	8.238,55	23.265,42	69.695,99
6.22. CPRE	Exame	45	253,41	314,90	519,53	11.403,45	14.170,50	23.378,85
		<b>49.567</b>				<b>3.794.582,51</b>	<b>4.789.969,83</b>	<b>5.792.201,65</b>
<b>TOTAL SEM FIPE SAÚDE</b>						<b>11.013.899,36</b>	<b>13.448.939,14</b>	<b>16.479.598,13</b>
<b>VALOR QUE DISPENSA FIPE</b>						0,00	0,00	0,00
<b>VALOR PARA APLICAR A FIPE</b>						<b>11.013.899,36</b>	<b>13.448.939,14</b>	<b>16.479.598,13</b>
<b>APLICAÇÃO DE FIPE-SAÚDE 2020 (JAN-DEZ) DE 3,67%</b>						404.210,11	493.576,07	604.801,25
<b>SOMA TOTAL</b>						<b>11.418.109,47</b>	<b>13.942.515,20</b>	<b>17.084.399,38</b>
1. Base de dados da Planisa, porém não limitado à amostra. Hospitais especializados de média e alta complexidade, com certificação de qualidade.								
2. Os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais se não introduzidos e informados separadamente.								
3. Conceito de Hospital Dia foi introduzido com realização de procedimentos que não carecem de intimação (projeção de 04 poltronas/recuperação). Estimativa de cálculo com base em unidade de baixa complexidade do Estado de Goiás (2019).								
4. Estimativa de exames externos baseada na existência de Policlínica na Região, o que poderá demandar menos a unidade hospitalar.								
5. Base de dados disponível em: < <a href="https://www.prosperabr.com/index.php?p=indicadores.php&amp;G=1">https://www.prosperabr.com/index.php?p=indicadores.php&amp;G=1</a> >. Acesso em Setembro/2021.								

**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.

**ANEXO V DO TERMO DE REFERÊNCIA**  
**ANEXO Nº- V - SISTEMA DE REPASSE - ITUMBIARA/2021 - GAOS- 14421**

**1. REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE**

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

1.2. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO a ser contratada subdivide-se em 05 (cinco) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I, Especificações Técnicas GERAT (v. 000023840398):

1.3. Para o funcionamento do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos serão consideradas as seguintes linhas de serviços;

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica

a.b) Saídas Cirúrgica

a.c) Saídas de Pediátricas

a.d) Saídas Cirúrgicas Oncológicas

a.e) Saídas Oncológicas

a.f) Saídas Obstetrícia

a.g) Saídas Cirúrgicas Programadas

a.h) Internações em leitos de UTI adulto

a.i) Internações em leitos de UTI neonatal

a.j) Internações em leitos de UTI Pediátrico

a.l) Internações em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médica e multiprofissionais em ambulatório.

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

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

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

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

**2. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO**

2.1. Caso, ao longo da vigência do Contrato, 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**.

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

2.3. 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 **SES/GO, Portaria nº 253/2020** ou outra norma vigente.

2.4. 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**.

2.5. 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 aquisição dos equipamentos necessários.

2.6. 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.

2.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Especificações Técnicas GERAT (v. 000023840398).

**3. SISTEMA DE REPASSE**

3.1. O **montante mensal estimado** para o Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos é de **R\$13.942.515,20 (treze milhões, novecentos e quarenta e dois mil quinhentos e quinze reais e vinte centavos)**, e **R\$669.240.729,60 (seiscentos e sessenta e nove milhões, duzentos e quarenta mil setecentos e vinte e nove reais e sessenta centavos)**, para os **48 (quarenta e oito) meses** de Contrato de Gestão.

3.2. Do valor mensal, a parte fixa 90% (noventa por cento) corresponde ao valor de **R\$12.548.263,68 (doze milhões, quinhentos e quarenta e oito mil duzentos e sessenta e três reais e sessenta e oito centavos)** e, para o período de 48 (quarenta e oito) meses, o valor de **R\$602.316.656,64 (seiscentos e dois milhões, trezentos e dezesseis mil seiscentos e cinquenta e seis reais e sessenta e quatro centavos)**.

3.3. Do valor mensal, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor **R\$1.394.251,52 (um milhão, trezentos e noventa e quatro mil duzentos e cinquenta e um reais e cinquenta e dois centavos)** e, para o período de 48 (quarenta e oito) meses de contrato, corresponde ao valor mensal de **R\$66.924.072,96 (sessenta e seis milhões, novecentos e vinte e quatro mil setenta e dois reais e noventa e seis centavos)**, sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valorização, de acordo com o estabelecido neste Anexo.

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

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

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO VALOR MENSAL	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	PORCENTAGEM (%)
Internações Hospitalares	68%
Atendimento Ambulatorial	22%
Leitos dia	10%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

3.5. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 1.3. já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no ANEXO TÉCNICO IV (v. 000024057205).

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

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO				
MÊS	1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO
	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
01	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
02	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
03	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
04	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
05	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
06	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
07	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
08	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
09	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
10	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
11	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
12	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
<b>Total</b>	<b>R\$150.579.164,16</b>	<b>R\$150.579.164,16</b>	<b>R\$150.579.164,16</b>	<b>R\$150.579.164,16</b>

3.7. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime semestral, **ou antes**, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, e **com comunicado prévio**, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pelo Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos.

3.8. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III e V, o mesmo **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos.**

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

3.10. As informações deverão ser enviadas **até o dia 05 (cinco) 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.

3.11. As metas de desempenho serão avaliadas em regime semestral, **ou antes**, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, e, em caso de não cumprimento, **será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês**, conforme disposto neste **Anexo Técnico V.**

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

3.13. O Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGOS disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pelo Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

3.14. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

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

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

3.17. A cada período de 06 (seis) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

3.18. 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 realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

3.19. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

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

3.21. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

3.22. O PARCEIRO PRIVADO deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao semestre avaliado.

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

3.24. A análise referida no item 1.18. 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 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.

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

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

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

#### 4 - CRITÉRIOS DE REPASSE

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

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

4.2.1. 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.

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

**TABELA II – TABELA PARA REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO DO HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
<b>Internações Hospitalares</b>  <b>Peso 68%</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
<b>Atendimento Ambulatorial</b>  <b>Peso 22%</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames / procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames / procedimentos

	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado exames / procedimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado exames / procedimentos
<b>Leito Dia</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
<b>Peso 10%</b>	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimento

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

5.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico I – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 3.17. deste documento (anexo). Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde**.

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

$$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

$P_{CM}$  = Percentual de Cumprimento da Meta;

$V_A$  = Valor Atingido;

$V_M$  = Valor da Meta.

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

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

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

TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
=> 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

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

$\Sigma$  (nota de cada indicador)

Quantidade de indicadores

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

5.6.1. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO. As Organizações Sociais de Saúde deverão atender todas as solicitações

necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado.

**TABELA IV - PONTUAÇÃO GLOBAL**

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

**ANEXO II – ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO**

9.1. Entende-se que a Proposta de Trabalho é a demonstração do conjunto dos elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequado para caracterizar o perfil da Unidade e o trabalho técnico gerencial definido no objeto da seleção, com base nas indicações e estudos preliminares dos informes básicos deste Instrumento.

9.2. O proponente deverá demonstrar a viabilidade técnica e a estimativa das despesas referentes à execução das atividades propostas, com definição de métodos e prazos de execução.

9.3. A Proposta deverá ser apresentada de forma sucinta e clara, evidenciando os benefícios econômicos e sociais, abrangência geográfica a ser atendida, bem como seus resultados.

**9.4. Título**

9.4.1. Proposta de Trabalho para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, no Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº \_\_\_\_\_/2021.

**9.5. Proposta de Modelo Gerencial**

9.5.1. Este item deverá caracterizar o modelo gerencial da Proposta de Trabalho no **Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos**, descrevendo:

**9.5.2. Critério 1: ÁREA DE ATIVIDADE**

9.5.2.1. Este item contempla a adequação da Proposta de Trabalho de organização dos serviços e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional da Unidade e divide-se em dois grupos.

I. Organização de Atividade: os entes interessados apresentarão suas Propostas de Trabalho para Organização da Unidade Hospitalar nos seguintes itens:

a) Implantação de Fluxos: fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internamento; fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos; fluxo unidirecional para materiais esterilizados; fluxo unidirecional para roupas; fluxo unidirecional de resíduos de saúde.

b) Implantação da Gestão: implantação de logística de suprimentos; proposta para regimento interno do hospital; proposta para regimento do serviço de enfermagem; proposta para regimento do corpo clínico.

c) Implantação de Processos: proposta de manual de protocolos assistenciais; proposta de manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos conforme perfil da unidade; proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio; proposta de manual de rotinas para administração financeira e gestão de custos.

II. Incremento de Atividades: os entes interessados apresentarão incremento de atividades de acordo com os seguintes critérios:

a) Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais.

**9.5.3. Critério 2: ÁREA DE QUALIDADE**

9.5.3.1 Este item expressa e promove meios para a obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a humanização das relações entre equipe profissional, usuários do Hospital e comunidade. Identifica ações voltadas para a Qualidade Objetiva a partir da instituição de comissões internas que monitoram os serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas com a humanização das relações no Hospital.

9.5.3.2. Qualidade Objetiva: aquela que está orientada a obter e garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes no Hospital. O ente interessado estabelecerá sua Proposta de Trabalho para implantação de:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Organização específica do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos, turnos de funcionamento, modelos de fichas, sistema de arquivamento e controle, Protocolos.

b) Comissão de Verificação de Óbitos: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Apresentar dados mensais e análise de 100% (cem por cento) dos óbitos, analisando os de causas evitáveis.

c) Comissão de Ética Médica: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

- d) Comissão de Ética em Enfermagem: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- f) Comissão de Residência Médica (COREME): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. 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.
- g) Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. 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.
- h) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Plano anual de prevenção de acidentes. Plano de Manutenção, Operação e Controle dos respectivos sistemas de climatização - PMOC. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO. Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho - LTCAT. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, e demais planos relacionados a segurança do trabalhador.
- i) Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. são desempenhados por equipe de profissionais, contratados pelas empresas, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos trabalhadores.
- j) Comissão de Documentação Médica e Estatística: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Apresentação de dados quanto ao volume assistencial.
- k) Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Desenvolver atividades de pesquisa concomitante com os programas de residência, estágio ou outros. Realizar parcerias com instituições e órgãos voltados para o ensino e pesquisa.
- l) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Acompanhar, monitorar, definir critérios nutricionais de assistência a saúde.
- m) Comissão de Farmácia e Terapêutica: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Organização específica do Serviço de Farmácia; organização horária; previsão para implantação do sistema de dose unitária; métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de Alto Custo, utilização de prescrição eletrônica, etc.
- n) Comissão de Proteção Radiológica: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Garantir a segurança dos trabalhadores e permitir análise de dados.
- o) Comissão de Biossegurança: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- p) Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Atender as demandas das RDC ANVISA nº 306/04 e CONAMA nº 358/05 e, determinar meios de garantia de preservação do meio ambiente.
- q) Comitê Transfusional: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Estabelecer Serviço de Transusão, sobre a utilização de hemocomponentes pelas diversas especialidades do hospital.
- r) Comitê de investigação do óbito materno e infantil: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- s) Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Acompanhar as notificações realizadas, prestando contas aos órgãos fiscalizadores, como por exemplo: NOTIVISA.
- t) Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Acompanhar as notificações realizadas, prestando contas aos órgãos fiscalizadores, como por exemplo: NOTIVISA.
- u) Comissão Interna de Qualidade: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- v) Comissão de Padronização de Produtos para Saúde: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- w) Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Conforme protocolo de segurança do paciente e definições de entidades internacionais.
- x) Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- y) Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- z) Núcleo Interno de Regulação (NIR): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- aa) Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- ab) Comitê de Compliance: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Cumprir e se fazer cumprir as normas legais e regulamentares, as políticas e as diretrizes estabelecidas para o negócio e para as atividades da instituição ou empresa, bem como evitar, detectar e tratar quaisquer desvios ou inconformidades que possam ocorrer.
- ac) Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- ad) Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer (CR SINC): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- ae) Outras comissões: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- 9.5.3.3. Qualidade Subjetiva: aquela que está relacionada com a percepção que o usuário (paciente e/ou acompanhante) obtém de sua passagem pelo Hospital. O ente interessado em sua oferta explicará as medidas para promoção de relação humana e apoio social na comunidade interna e externa do Hospital:
- a) Acolhimento: Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco. Como irá desenvolver as Políticas de Humanização e os dispositivos do Programa Nacional de Humanização

(PNH) para gestão de leitos, acolhimento com Classificação de Risco, utilizando protocolo que tenha validação científica, dentre outros. Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários.

b) Atendimento: Proposta para a implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os Acompanhantes. Proposta para implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário com realização periódica de Pesquisa de Satisfação do Usuário, estabelecendo como irá pesquisar a opinião ou nível de satisfação do usuário: instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas. Proposta de implantação e/ou manutenção da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde.

#### 9.5.4 Critério 3: QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

9.5.4.1 Este item identifica a capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores bem sucedidas no gerenciamento de unidades hospitalares, a apresentação da estrutura da Direção, a implementação de serviços e funcionamento de equipe interdisciplinar, a implementação e funcionamento de outros serviços assistenciais e de apoio, apresenta atividades em ciência e tecnologia, política de recursos humanos e a metodologia de projetos.

a) Experiência anterior da Organização Social em Gestão Hospitalar ou dos gestores do corpo diretivo: Certificar mediante comprovação por meio de declarações legalmente reconhecidas (Declaração de Contratantes Anteriores).

b) Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos.

c) Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos.

d) Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos.

e) Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International ou outras entidades e instituições Acreditoras reconhecidas, obtidos na gestão da OSS.

9.5.4.2. Para avaliação da alínea a do subitem anterior, os documentos devem conter:

a) a identificação da pessoa jurídica emitente;

b) nome e o cargo do signatário;

c) timbre do emitente;

d) período de vigência do contrato anterior em gestão hospitalar;

e) objeto contratual com descrição das atividades compatível com a proposta do Edital de Chamamento Público sob responsabilidade direta da Organização Social.

#### 9.6. Estrutura e experiência da Diretoria:

9.6.1. Apresentação de organograma da Unidade, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo.

9.6.2. Apresentação da Titulação de especialistas em administração/gestão hospitalar dos membros da diretoria e coordenações que atuará na Unidade licitada.

9.6.3. Descrição do organograma do Hospital até o terceiro nível: Diretor Geral, Diretor Técnico (Médico), Diretor Administrativo e Financeiro, Gerente Operacional de Enfermagem e Chefias de Unidade/Serviços/Clínicas.

9.6.4. O ente interessado deverá apresentar currículos com documentos comprobatórios das experiências citadas e atestado fornecido por pessoa(s) jurídica(s) de Direito Público ou Privado, registrado no Conselho de Classe competente da jurisdição do serviço a ser prestado, dos postos correspondentes aos dois primeiros níveis.

9.6.5. O mesmo profissional poderá receber pontuação pelos subitens 9.6.2. e 9.6.3, simultaneamente.

#### 9.7. Implementação de Serviços e Funcionamento de Equipe Interdisciplinar

9.7.1. Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho e, quando for o caso, título de especialista dos responsáveis pelos serviços (observar a legislação para cada caso).

9.7.2. Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas urgência e unidades de terapia intensiva de adulto e de pediatria.

9.7.3. Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos.

9.7.4. Apresentação de quadro de metas para a área médica (por especialidades) observados em especial as consultas em ambulatório, internações hospitalares e de terapia intensiva.

9.7.5. Apresentação de quadro de pessoal técnico por área de atividade profissional (por especialidades), compatível com as atividades do plano de trabalho.

9.7.6. Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico.

9.7.7. Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório, hospital dia e emergência.

9.7.8. Expressar estrutura de chefia e número de pessoas de cada clínica, incluindo serviços de enfermagem e outras áreas da saúde, assim como o tipo de vínculo com o Hospital.

9.7.9. Horários de atividade de urgência e emergência, distinguindo entre presença física de médico especialista e médico geral e médicos que atendem chamadas (sobreaviso).

9.7.10. Descrição da organização das Unidades de Internação (Enfermarias), salas de cirurgias, pronto socorro/pronto atendimento e ambulatórios.

9.7.11. Compatibilização da Proposta de Trabalho com as diretrizes da SES.

9.7.12. Descrição de como o proponente irá estabelecer a contra-referência com a Atenção Primária e com outros hospitais. Nesse caso apresentar um plano de implantação, estabelecendo prazos, meios, fluxos, etc.

#### 9.8. Implementação e Funcionamento de Outros Serviços

9.8.1. Instruções para o funcionamento do **serviço social** com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima.

9.8.2. Instrução para o funcionamento da **equipe multiprofissional** com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.

- 9.8.3. Normas para o funcionamento do serviço de **Administração Geral** com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.
- 9.8.4. Normas para realização dos procedimentos de **aquisição, recebimento, guarda e distribuição** de materiais no Hospital.
- 9.8.5. Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares.
- 9.8.6. Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de **limpeza, vigilância e manutenção predial**.
- 9.8.7. Descrição de funcionamento da **unidade de faturamento**, bem como horários de trabalho; estrutura de chefia; membros e vínculo com o Hospital.
- 9.8.8. Volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa.

### 9.9. Ciência e Tecnologia

- 9.9.1. Apresentação de convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências.
- 9.9.2. Parcerias com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência hospitalar e/ou de saúde pública.
- 9.9.3. Apresentação de projeto em educação permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar da unidade hospitalar.

### 9.10. Política de Gestão do Trabalho

- 9.10.1. Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.
- 9.10.2. Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho Sugestão de Condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.
- 9.10.3. Implantação do Programa de Acolhimento: equipe necessária, sistemática de trabalho, horário de funcionamento.
- 9.10.4. Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.
- 9.10.5. O ente interessado deverá apresentar o quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em moeda corrente), por perfil de profissional, sem a incidência dos encargos patronais.
- 9.10.6. Neste tópico, solicita-se um quadro com resumo do perfil de todos os profissionais que irão trabalhar no Hospital (estejam ou não atualmente contratados) e com a expressão da carga horária semanal distribuída pelos dias da semana e com o enunciado do horário de trabalho.

### 9.11. Metodologia de Projetos

- 9.11.1. Apresentar a proposta de trabalho seguindo o roteiro do edital com adequado planejamento, visão de futuro, oportunos cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.
- 9.11.2. Nos projetos táticos e operacionais observar a definição dos objetivos a alcançar e definir as estratégias de implantação.

## ANEXO III

### PARÂMETROS PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO

A Proposta de Trabalho será analisada e pontuada conforme o quadro abaixo, sendo que a pontuação máxima só será obtida se a mesma contiver a integralidade do quesito solicitado, de acordo com a especificação abaixo:

FA1. Área de Atividade Adequação da proposta de atividade assistencial à capacidade hospitalar.	1.1. Organização da Atividade: 1.1.1. Implantação de fluxos 1.1.2. Implantação da Gestão 1.1.3. Implantação de Processos	16 pontos
	1.2. Incremento de Atividades	04 pontos
<b>Total:</b>		<b>20 pontos</b>
FA2. Área de Qualidade Adequação da proposta de atividade assistencial à capacidade hospitalar.	2.1 Ações voltadas à Qualidade Objetiva	12 pontos
	2.1.1. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	
	2.1.2. Comissão de Verificação de Óbitos	
	2.1.3. Comissão de Ética Médica	
	2.1.4. Comissão de Ética em Enfermagem	
	2.1.5. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	
	2.1.6. Comissão de Residência Médica (COREME)	
	2.1.7. Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)	
	2.1.8. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	
	2.1.9. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho	
	2.1.10. Comissão de Documentação Médica e Estatística	
	2.1.11. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	
2.1.12. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)		

	2.1.13. Comissão de Farmácia e Terapêutica	
	2.1.14. Comissão de Proteção Radiológica	
	2.1.15. Comissão de Biossegurança	
	2.1.16. Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde	
	2.1.17. Comitê Transfusional	
	2.1.18. Comitê de investigação do óbito materno e infantil	
	2.1.19. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	
	2.1.20. Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	
	2.1.21. Comissão Interna de Qualidade	
	2.1.22. Comissão de Padronização de Produtos para Saúde	
	2.1.23. Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele	
	2.1.24. Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	
	2.1.25. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT	
	2.1.26. Núcleo Interno de Regulação (NIR)	
	2.1.27. Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	
	2.1.28 Comitê de Compliance	
	2.1.29. Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS)	
	2.1.30. Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer (CR SINC)	
	2.1.31 Outras Comissões	
	2.2. Ações voltadas à Qualidade Subjetiva:	
	2.2.1. Acolhimento	08 pontos
	2.2.2. Atendimento (incluindo, pesquisa de satisfação)	
	<b>Total:</b>	<b>20 pontos</b>
	3.1. Experiência anterior da Organização Social em Gestão Hospitalar	19 pontos
	3.2. Estrutura e experiência da Diretoria	09 pontos
	3.3. Implantação de Serviços e Funcionamento de Equipe Interdisciplinar	11 pontos
	3.4. Implantação de Funcionamento de Outros Serviços	10 pontos
	3.5. Políticas de Recursos Humanos	07 pontos
	3.6. Metodologia de Projeto	04 pontos
	<b>Total:</b>	<b>60 pontos</b>
<b>Pontuação Máxima Total</b>		<b>100 pontos</b>

FA3. Qualificação Técnica  
Adequação entre os meios sugeridos, seus custos, cronogramas e resultados presumidos.

**ANEXO IV**  
**MATRIZ DE CHAMAMENTO**

**Critério FA.1: ÁREA DE ATIVIDADE**

No conjunto da proposta corresponde a 20 pontos positivos

Avalia a adequação da proposta de organização dos serviços (16 pontos) e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional da Unidade Hospitalar. Também avalia a capacidade de incremento de atividade assistencial (04 pontos).

**Critério FA.2: ÁREA DE QUALIDADE**

No conjunto da proposta corresponde a 20 pontos positivos

Expressa e promove meios para a obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a humanização das relações entre equipe profissional, usuários da Unidade e comunidade. Identifica ações voltadas para a Qualidade Objetiva (12 pontos) a partir da instituição de comissões internas de monitoria dos serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva (08 pontos) relacionadas com a humanização das relações na Unidade, acolhimento e atendimento do usuário.

**Critério FA.3: QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**

No conjunto da proposta corresponde a 60 pontos positivos

Identifica capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores bem sucedidas na gestão de unidades de saúde com serviços de natureza semelhante ao objeto do edital (19 pontos); apresenta a estrutura e a experiência da Diretoria (09 pontos); a implementação de serviços e funcionamento de equipe interdisciplinar (11 pontos); a implantação e funcionamento de outros serviços (10 pontos); apresenta política de recursos humanos (07 pontos) e a metodologia de projetos (04 pontos).

Para composição da matriz de avaliação para julgamento e classificação das Propostas de Trabalho deste processo de seleção deverão ser avaliados e observados o detalhamento dos ITENS DE AVALIAÇÃO com as respectivas pontuações conforme quadros a seguir:

### 1. Área de Atividade

No conjunto da proposta corresponde a **20 pontos positivos**. Avalia a adequação da proposta de organização dos serviços e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional da Unidade. São referentes aos instrumentos demonstrados a seguir:

1 – Área de atividade: Avalia as ações propostas para a organização da unidade.				Pontuação 20 pontos	
				Item (unitário)	Total
Organização das atividades	Implantação de fluxos (A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e entendimento do fluxo)	Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas	02 pontos	07 pontos	
		Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos	01 ponto		
		Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	02 pontos		
		Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde	02 pontos		
	Implantação de gestão	Implantação de Logística de Suprimentos	01 ponto	06 pontos	
		Proposta para Regimento Interno da Unidade	01 ponto		
		Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem	01 ponto		
		Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	02 pontos		
		Proposta para Regimento do Corpo Clínico	01 ponto		
	Implantação de Processos	Proposta de manual de protocolos assistenciais	01 ponto	03 pontos	
		Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	01 ponto		
		Proposta de manual de rotinas para administração financeira e gestão de custos	01 ponto		
	Incrementos de Atividades		Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais	04 pontos	04 pontos
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>				<b>20 pontos</b>	

### 2. Área de Qualidade

No conjunto da proposta corresponde a **20 pontos positivos**. Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões. São referentes aos instrumentos demonstrados a seguir:

2. Área de Qualidade: Avalia medidas da proposta de trabalho para a implantação das comissões.				Pontuação 20 pontos	
				Item (unitário)	Total
Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões	Comissão de Ética Médica	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,25 pontos	0,5	
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pontos		
	Comissão de Ética em Enfermagem	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,25 pontos	0,5	
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pontos		
	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4	
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos		
	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4	
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos		
	Comissão de Documentação Médica e Estatística	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4	
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos		
	Comissão de Farmácia e Terapêutica	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4	
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2		

		pontos	
Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comitê Transfusional	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão Interna de Qualidade	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Verificação de Óbitos	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Residência Médica (COREME)	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Proteção Radiológica	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Biossegurança	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Padronização de Produtos para Saúde	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Núcleo Interno de Regulação (NIR)	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	

	Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
	Comitê de investigação do óbito materno e infantil	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
	Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer (CR SINC)	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,15 pontos	0,3
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,15 pontos	
	Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS)	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,15 pontos	0,3
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,15 pontos	
	Comitê de Compliance	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,1 pontos	0,2
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,1 pontos	
	Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,1 pontos	0,2
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,1 pontos	
<b>Qualidade Subjetiva: Avalia medidas de promoção da relação humana e apoio social na comunidade interna e externa do Hospital : Acolhimento e Atendimento</b>	Acolhimento	Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco.	2 pontos	4
		Instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários	2 pontos	
	Atendimento	Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente.	2 pontos	4
		Proposta de implantação de ouvidoria vinculada a SES, com pesquisa de satisfação.	2 pontos	
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>				<b>20</b>

### 3. Qualidade Técnica

No conjunto da proposta corresponde a **60 pontos positivos**. Avalia a capacidade gerencial da proponente quanto a administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas que se propõe assistir. São referentes aos instrumentos demonstrados a seguir:

<b>3. Qualidade técnica: Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas afins:</b>			
			<b>Pontuação 60 pontos</b>
			<b>Item unitário</b>
			<b>Item total</b>
Experiência Anterior em Gestão Hospitalar da Organização ou dos gestores do corpo diretivo	Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos	05 pontos	19 pontos
	Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos	04 pontos	
	Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos	03 pontos	
	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular	04 pontos	
	Certificado de Acreditação – ONA, Joint Commission International, Qmentum da Canadá Accreditation International ou outras entidades e instituições Acreditoras reconhecidas obtidos na gestão da OSS.	03 pontos	
Estrutura e experiência da Diretoria	Apresentação de organograma da Unidade, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	02 pontos	09 pontos
	Titulação de especialistas em administração/gestão hospitalar dos membros da diretoria e	04	

	coordenações (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto)	pontos	
	Experiência mínima de 1 ano da Diretoria que atuará na Unidade licitada (cada Diretor poderá obter no máximo 0,5 ponto)	03 pontos	
Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar	Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho.	02 ponto	11 pontos
	Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório e urgência	02 ponto	
	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto, oncologia e de pediatria.	02 ponto	
	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos.	02 ponto	
	Apresentação de quadro de metas para a área médica (por especialidades) observados, em especial as consultas em ambulatório, internações hospitalares e de terapia intensiva.	01 ponto	
	Apresentação de quadro de pessoal técnico por área de atividade profissional (por especialidades), compatível com as atividades do plano de trabalho.	01 ponto	
	Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME, bloco cirúrgico, oncologia e de pediatria.	01 ponto	
Implementação e Funcionamento de outros Serviços	Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	01 ponto	10 pontos
	Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.	02 pontos	
	Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.	02 pontos	
	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Unidade.	01 ponto	
	Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares.	02 pontos	
	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial.	02 pontos	
Política de Recursos Humanos	Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.	03 pontos	07 pontos
	Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.	03 pontos	
	Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.	01 ponto	
Metodologia de Projetos	Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.	02 pontos	04 pontos
	Projetos táticos e operacionais a serem realizados a alcançar e definição das estratégias de implantação.	02 pontos	
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>			<b>60 pontos</b>

## ANEXO V

## JULGAMENTO DAS PROPOSTAS DE TRABALHO

1. Na forma de julgamento, ou seja, tipo "MELHOR PROPOSTA", serão desclassificadas as Propostas de Trabalho que:

- Não atingirem uma Pontuação Total mínima de 50 (cinquenta) pontos e que não alcancem 50% do total possível em cada um dos CRITÉRIOS: FA.1. Área de Atividade, FA.2. Área de Qualidade e FA.3. Qualificação Técnica;
- Não atenderem às exigências deste Edital;
- Que contiverem uma estimativa de despesas para custeio e para Metas de Produção das atividades do Hospital com valores manifestamente inexequíveis.

**1.1 Qualquer documentação apresentada que não tiver sua idoneidade comprovada poderá implicar na desqualificação da OSS.**

2. No julgamento da pontuação da proposta para a definição da Nota Técnica (NT) será considerado o somatório dos resultados obtidos por cada Fator de Avaliação (FA):

$$NT = FA.1 + FA.2 + FA.3$$

3. A escolha da Organização Social de Saúde será definida por meio da maior Nota Técnica - NT obtida.

## ANEXO VI

## MODELO DE PLANILHA DE DESPESAS MENSAS

	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 04	Mês 05	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11	Mês 12	TOTAL
Itens de Despesas													
1. Pessoal													
1.1. Salários													
1.2. Outras Formas de Contratação													
1.3. Enc. Benef de 1.1 e 1.2													
2. Medicamentos													
3. Materiais													
3.1. Materiais Hospitalares													
3.2. Gases Medicinais													
4. Materiais Diversos													
4.1. Material de Higienização													
4.2. Gêneros Alimentícios													
4.3. Material Expediente													
4.4. Combustível													
4.5. GLP													
5. Serviços de Apoio													
5.1 Laboratório													
6. Manutenção													
6.1. Material / Serviços													
7.Seguros/Impostos/Taxas													
7.1. Seguros													
7.2.Impostos/Taxas													
8. Telefonia													
9. Água													
10. Energia Elétrica													
11. Prestação de Serviços Terceiros													
12. Informática													

13. TOTAL														
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ANEXO VII****MODELOS DE DECLARAÇÕES****MODELO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA**(deve ser juntada também ao Envelope II - PROPOSTA DE TRABALHO)

Ref.: Chamamento Público nº 03/2022

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei no **HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**, localizado na Praça Sebastião Xavier nº 66 Bairro Centro, Itumbiara - GO CEP: 75513-540 , todos os serviços descritos na PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 03/2022.

Declaro que a validade da proposta apresentada é de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de abertura da seleção.

Informo, ainda, que conheço as Leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como respeitarei o caráter público da Unidade de Saúde.

Em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Representante legal** da Organização Social de Saúde
**DECLARAÇÃO DE QUE CUMPRE AS LEIS TRABALHISTAS**

Ref.: Chamamento Público nº 03/2022

\_\_\_\_\_ (nome da instituição), inscrita no CNPJ/MF sob o número \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, DECLARA, para fins do disposto no inciso no art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal e demais legislações vigentes, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem emprega menor de 16 (dezesseis) anos, a não ser na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos.

Em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Representante legal** da Organização Social de Saúde

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE VISITA TÉCNICA NA UNIDADE DE SAÚDE**

Ref.: Chamamento Público nº 03/2022

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que representando a Organização Social, denominada ....., compareci no **HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**, localizado na Praça Sebastião Xavier nº 66 Bairro Centro, Itumbiara - GO CEP: 75513-540 . E atesto ter conhecido as instalações físicas, equipamentos e demais condições que possam, de qualquer forma, influir sobre a elaboração da Proposta de Trabalho.

Em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Representante legal** da Organização Social de Saúde

**MODELO DE DECLARAÇÃO CONHECIMENTO/CUMPRIMENTO DA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 013/2017 - TCE**

Ref.: Chamamento Público nº 03/2022

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que a Organização Social denominada ....., tem pleno conhecimento dos termos da Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e comprometo a atender a todas as exigências da Corte de Contas.

Em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Representante legal** da Organização Social de Saúde

**MODELO DE DECLARAÇÃO CONHECIMENTO/CUMPRIMENTO DA LEI ESTADUAL Nº 15.503/2005**

Ref.: Chamamento Público nº 03/2022

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que a Organização Social denominada ..... tem pleno conhecimento da Lei Estadual nº 15.503/2005, com o compromisso de atender a todas as exigências legais, bem como não se enquadra nas vedações previstas no Artigo 8º-B, da Lei Estadual nº 15.503/2005.

Em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Representante legal** da Organização Social de Saúde

**MODELO DE DECLARAÇÃO CUMPRIMENTO DO EDITAL, TERMO DE REFERÊNCIA E CONTRATO DE GESTÃO**

Ref.: Chamamento Público nº 03/2022

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que a Organização Social denominada ....., irá observar e cumprir em sua integralidade as exigências contidas no Edital do Chamamento Público nº 03/2022, Termo de Referência e seus Anexos, Contrato de Gestão e seus Anexos Técnicos.

Em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Representante legal** da Organização Social de Saúde

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE QUE NÃO OCUPA CARGO OU FUNÇÃO DE CHEFIA OU ASSESSORAMENTO NO ÂMBITO DO SUS**

Ref.: Chamamento Público nº 03/2022

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que eu ....., representante legal da Organização Social denominada ....., não ocupo Cargo ou Função de Chefia ou Assessoramento, em qualquer nível, na área pública de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Representante legal** da Organização Social de Saúde

**ANEXO VIII**

**MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO E ANEXOS**

CONTRATO DE GESTÃO Nº 03/2022

Ajuste de Parceria na forma de Contrato de Gestão, que entre si celebram o Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o(a) \_\_\_\_\_, pessoa jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde, com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**, localizado na Praça Sebastião Xavier nº 66 Bairro Centro, Itumbiara - GO CEP: 75513-540, por período de 48 (quarenta e oito) meses.

**PARCEIRO PÚBLICO:**

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por meio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ/MF nº \_\_\_\_\_, neste ato representado por seu Secretário, ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital.

**PARCEIRO PRIVADO:**

....., pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº ....., inscrita no CNPJ/MF sob o nº ....., com sede em ....., neste ato representada por ..... (qualificação), conforme autoriza a Cláusula ..... de seu estatuto.

**RESOLVEM**, na forma da Lei estadual nº 15.503/05, e suas posteriores alterações, na Lei federal nº. 12.527/2011, Lei estadual nº. 18.025/2013, no Despacho Governamental nº ....., publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº..... de .../.../..., no Edital de Chamamento Público nº ...../20... e na Resolução Normativa nº. 013/2017- TCE/GO, celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria com vistas ao fomento, gerenciamento, operacionalização e à execução das atividades do **HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**, por período de 48 (quarenta e oito) meses, nos termos do que se encontra detalhado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

1.2. Este **CONTRATO DE GESTÃO**, como instrumento de natureza colaborativa, 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 Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005 e demais disposições legais pertinentes à matéria.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO**

2. São obrigações e responsabilidades do **PARCEIRO PRIVADO**:

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e caracterizados no Edital de Chamamento e em sua Proposta de Trabalho, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO** exclusivamente na execução do seu objeto.

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, observando as normas de gestão de patrimônio editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 05 (cinco) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis, adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, nos termos do art. 9º, caput, da Lei estadual nº 15.503/05.

- 2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração.
- 2.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas;
- 2.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução;
- 2.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceira, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **CONTRATO DE GESTÃO**;
- 2.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas;
- 2.12. Prover os serviços e os equipamentos especificados no Edital de Chamamento e na sua Proposta Técnica, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes do Anexo Técnico e da Proposta de Trabalho;
- 2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso;
- 2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários a execução dos serviços e pormenorizados no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho;
- 2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento;
- 2.16. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma do art. 17, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05, necessários à execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**;
- 2.17. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO**, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, as compras e os serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;
- 2.18. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas;
- 2.19. Disponibilizar, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias contados da outorga deste **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada;
- 2.20. As organizações sociais poderão utilizar as modalidades de contratação de mão de obra permitidas na legislação brasileira, inclusive o previsto na Lei federal nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, com a redação dada pela Lei federal nº 13.429, de 31 de março de 2017, para contratar recursos humanos para atividades meio e fim do objeto do contrato de gestão, incluindo-se aí as atividades assistenciais das unidades de saúde.
- 2.21. Manter em seu quadro de profissionais, aqueles que são efetivos e pertencentes ao **PARCEIRO PÚBLICO**, e manifestarem interesse em permanecer na unidade pública sob seu gerenciamento;
- 2.22. Garantir o preenchimento dos postos de trabalho necessários à execução das atividades descritas na Proposta de Técnica/Trabalho, mesmo nas ausências previstas na legislação vigente.
- 2.23. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art. 8º, II, ambos da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas alterações posteriores.
- 2.24. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.
- 2.25. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;
- 2.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto nos incisos V e VIII do art. 4º da Lei 15.503/2005, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis;
- 2.27. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:
- a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos;
- b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento;
- c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações;
- 2.28. Cumprir a programação anual de formação continuada para os recursos humanos, conforme Proposta Técnica apresentada;
- 2.29. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação;
- 2.30. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;
- 2.31. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta **PARCERIA**, por meio de registro de ponto e de frequência;
- 2.32. Manter, durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO** estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade exigidas no Chamamento Público.
- 2.33. Manter durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO** as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o apresentado na Proposta de Técnica/Trabalho;
- 2.34. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.35. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.35.1 Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor cópia das licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

2.36. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas;

2.37. Emitir e apresentar, ao término de cada exercício (até o dia 10 de janeiro do exercício subsequente) ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas “a” a “t”, do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE;

2.38. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros;

2.39. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão, dolosa ou culposa, que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros;

2.40. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização;

2.41. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989);

2.42. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas;

2.43. Realizar periódica pesquisa de satisfação junto aos destinatários dos serviços, objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, com envio semestral de seus resultados ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.43.1. Verificar mensalmente a taxa de absenteísmo dos colaboradores do **PARCEIRO PÚBLICO**;

2.44. Publicar até o dia 31 de janeiro o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades do ano anterior;

2.45. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes;

2.46. Contratar empresa de auditoria independente para auditar suas contas, para tanto emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade – NBC, cujos custos serão previamente autorizados pelo órgão supervisor;

2.47. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria;

2.48. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas;

2.49. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado;

2.50. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **CONTRATO DE GESTÃO**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas;

2.51. Possuir conta bancária individualizada para cada **CONTRATO DE GESTÃO**, observado o disposto nos §§ 2º e 2º-A, do art. 14, da Lei estadual nº. 15.503/2005;

2.52. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

2.53. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do **PARCEIRO PÚBLICO** pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este **CONTRATO DE GESTÃO**, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

2.53.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº. 13.800/2001;

2.54. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo;

2.55. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

2.56. Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento;

2.56.1 Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor os comprovantes de pagamento dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão;

2.57. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão;

2.58. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão;

2.59. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão;

2.60. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao **PARCEIRO PÚBLICO**, cuja inexatidão será considerada falta grave.

2.61. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas;

- 2.62. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria;
- 2.63. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior;
- 2.64. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria;
- 2.65. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral;
- 2.66. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros;
- 2.67. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros;
- 2.68. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal;
- 2.69. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ou discriminatórias;
- 2.70. Analisar a viabilidade técnica e/ou econômica na continuidade dos contratos e outros ajustes firmados anteriormente pelo **PARCEIRO PÚBLICO** e, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, manifestar-se expressamente, junto ao **PARCEIRO PÚBLICO** quanto ao interesse em mantê-los;
- 2.71. Responsabilizar-se pelos pagamentos das despesas dos contratos referidos no item anterior, cujo montante será glosado do valor a ser transferido;
- 2.72. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;
- 2.73. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 18 a 34, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005.
- 2.74. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.
- 2.75. Cumprir todas as obrigações descritas no Anexo Técnico e na Proposta Técnica apresentada.
- 2.76. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão a que alude, a confirmação pelo **PARCEIRO PRIVADO** o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.
- 2.77. Cumprir rigorosamente a Lei estadual nº. 15.503/2005:
- 2.78. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 7.9.
- 2.79. Observar o disposto nos arts. 4º-A, 4º-B, 5º-A, 5º-B, 5º-C e 5º-D, da Lei Nacional nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, assim como o estabelecido no art. 8º, inciso III, da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, na contratação de trabalhador autônomo ou prestador titular de pessoa jurídica, qualquer que seja o ramo de atuação, para atividade meio ou fim, inclusive assistencial, objeto do **CONTRATO DE GESTÃO**
- 2.80. Apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à substituição de servidor público.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO**

#### **3. São responsabilidades do PARCEIRO PÚBLICO:**

- 3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste **CONTRATO DE GESTÃO**;
- 3.2. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra;
- 3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **CONTRATO DE GESTÃO**;
- 3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarneçam a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;
- 3.5. Ressarcir o **PARCEIRO PRIVADO** por eventuais desembolsos decorrentes do cumprimento de condenação judicial transitada em julgado, cujos fatos geradores tenham ocorrido anteriormente à data da celebração deste **CONTRATO DE GESTÃO**;
- 3.6. Avaliar e proceder à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao **PARCEIRO PRIVADO** segundo as regras definidas pelos arts. 8-C e 14-B, da Lei estadual nº 15.503/2005;
- 3.7. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal;
- 3.8. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, encaminhando-o ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constante do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.
- 3.9. Manter os processos de qualificação e seleção (Chamamento Público) do **PARCEIRO PRIVADO**, bem como da contratação e da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;
- 3.10. Manter os processos de prestação de contas deste **CONTRATO DE GESTÃO**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;
- 3.11. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contando, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

3.12. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005;

3.13. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO;

3.14. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.15. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

#### CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

4. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

4.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação;

4.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**;

4.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais;

4.4. Divulgar as ações/resultados advindos do **CONTRATO DE GESTÃO** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

#### CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude os §§2º e 3º, do art. 10, da Lei 15.503/2005 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor;

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la;

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao **PARCEIRO PRIVADO** a ampla defesa e o contraditório;

5.1.3. Notificado o **PARCEIRO PRIVADO** sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização;

5.1.4. Rejeitada a justificativa o **PARCEIRO PRIVADO** poderá interpor recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados da ciência da decisão;

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível;

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.

5.3. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

5.4. O presente Contrato de Gestão será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.53, Cláusula Segunda.

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará semestralmente ou sempre que recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar, até o dia 10 (dez) de janeiro, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro antecedente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se 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.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução 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.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO** deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, 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.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, deverá comunicar, ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pelo **PARCEIRO PRIVADO** 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.

#### CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser renovado, desde que demonstrado que as metas pactuadas foram alcançadas, a adequação dos resultados e a aprovação das prestações de contas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, com observância do prazo máximo estabelecido pelo § 2º, do inciso II, do art. 6º-F, da Lei Estadual nº 15.503/2005.

6.2. O **PARCEIRO PÚBLICO** se compromete, até o último dia útil do mês de outubro de cada ano, a fazer uma avaliação sobre o progresso das ações previstas neste ajuste, as atividades pendentes de cumprimento e os recursos previstos para o período seguinte, e depois decidirá a respeito de sua continuidade.

6.3. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **CONTRATO DE GESTÃO** se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO** assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e a ampla defesa.

#### CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** especificado no Anexo Técnico e na Proposta de Trabalho o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** a importância global estimada de **R\$669.240.729,60** (seiscentos e sessenta e nove milhões duzentos e quarenta mil setecentos e setenta e nove reais e sessenta centavos).

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.9, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **CONTRATO**.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será complementada com os recursos advindos de:

- a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas;
- b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros;
- c) venda de espaço publicitário;
- d) exploração comercial das instalações;
- e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.5. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamentado da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

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

7.7. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado, segundo normas baixadas pela Controladoria-Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

7.8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.12. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a título de:

- a) Taxa de administração, de gerência ou similar;
- b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos;
- c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos;
- d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos;

7.14. Ao final do **CONTRATO DE GESTÃO**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o **PARCEIRO PRIVADO** obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº. 15.503/2005.

7.17. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SuPer/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do Contrato de Gestão.

**CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS**

8.1. No primeiro ano do presente CONTRATO DE GESTÃO o valor a ser repassado pelo PARCEIRO PÚBLICO será de **R\$ 167.310.182,40 (cento e sessenta e sete milhões trezentos e dez mil cento e oitenta e dois reais e quarenta centavos)**, em 12 (doze) parcelas mensais de **R\$13.942.515,20** (treze milhões, novecentos e quarenta e dois mil quinhentos e quinze reais e vinte centavos). respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da outorga e os demais até o 5º dia útil de cada mês.

8.1.1. Será de inteira responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP;

8.1.2. Sempre que 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 serão cobrados do PARCEIRO PRIVADO, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO;

8.1.3. Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

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

8.2 As despesas deste CONTRATO DE GESTÃO correrão por conta das seguintes dotações orçamentárias:

Descrição	Código	Denominação
Unidade	2850	Fundo Estadual de Saúde
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência hospitalar e ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de despesa	03	Outras despesas correntes
Fonte	100	Receitas Ordinárias
Modalidade de Aplicação	90	Aplicações Direta

8.5. Para os próximos exercícios as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o **PARCEIRO PÚBLICO** obrigado a apresentar no início de cada exercício a respectiva nota de empenho estimativa e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

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

**CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS**

9.1. O PARCEIRO PRIVADO utilizará os recursos humanos necessários e suficientes para a execução deste CONTRATO DE GESTÃO de acordo com o plano de gestão de recursos humanos apresentados em sua Proposta Técnica, podendo considerar um modelo misto de trabalhadores, composto por servidores públicos do PARCEIRO PÚBLICO e por empregados contratados, em regime celetista, mediante processo seletivo. A Organização Social, para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74.

9.2.É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **CONTRATO DE GESTÃO**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

9.3. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

9.4. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

9.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar o Plano de Formação Continuada, nos moldes registrados na Proposta Técnica apresentada.

9.6. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste **CONTRATO DE GESTÃO** para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.7. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, de acordo com o Anexo Técnico, no máximo 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.

9.8. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

9.9. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** possua mais de um contrato de gestão firmado com o **PARCEIRO PÚBLICO** na qualidade de organização social, para a apuração dos limites constantes nos itens 9.7 e 9.8, será considerado o somatório dos montantes percebidos em todos os contratos.

9.10. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas no Anexo Técnico.

9.11. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

9.12. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este **CONTRATO DE GESTÃO**.

9.13. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceria, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

9.14. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

9.15. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

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

9.17. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

9.18. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

9.19. Na apuração dos limites constantes nos itens 9.7 e 9.8, será considerado o somatório das despesas de pessoal contratados direta ou indiretamente, bem como referentes aos servidores do **PARCEIRO PÚBLICO** cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, incluídas vantagens de qualquer natureza e os encargos sociais, observando-se, ainda, o atendimento do item 9.9.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES**

10.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão contar com prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os **PARCEIROS**, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como as referentes ao Anexo Técnico e Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme o § 1º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO**

11.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO** o **PARCEIRO PRIVADO** perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

11.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **CONTRATO DE GESTÃO** e as disposições legais;

11.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois semestres não cumprir as metas previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO**.

11.1.5. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **CONTRATO DE GESTÃO** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO**

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº. 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações;

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s);

d) **CONTRATO DE GESTÃO** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este **CONTRATO DE GESTÃO**;

- f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;
  - g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;
  - h) Contratos assinados com terceiros; convênios, termos de parcerias, acordos ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;
  - i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;
  - j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;
  - k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;
  - l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;
  - m) Demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;
  - n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;
  - o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;
  - p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;
  - q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;
  - r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;
  - s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;
  - t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;
  - u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;
  - v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **CONTRATO DE GESTÃO**;
  - w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na *internet* do **PARCEIRO PRIVADO**.
  - x) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente que exercem as atividades-fim das unidades estaduais geridas e que se relacionam à substituição de servidor público, com os respectivos salários.
- 12.2. Intepelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO**

13.1. Integram o presente CONTRATO DE GESTÃO:

- a) Anexos Técnicos
- b) Proposta de Trabalho apresentada pelo **PARCEIRO PRIVADO**
- c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis
- d) - Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública que se encontram.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO**

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES**

15.1. A inobservância pelo **PARCEIRO PRIVADO** de regra constante deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o **PARCEIRO PÚBLICO**, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

- a) Advertência;
- b) Suspensão da execução do contrato de gestão;
- c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;
- d) Rescisão do CONTRATO DE GESTÃO;
- e) Desqualificação como organização social;
- f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

15.2. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO**

16.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação do presente **CONTRATO DE GESTÃO** no Diário Oficial do Estado e Diário Oficial da União, por extrato, será providenciada, imediatamente, após sua outorga, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

17.2. A publicação do presente **CONTRATO DE GESTÃO** se dará ainda no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde.

#### CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA– DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento em três vias de igual teor e forma, perante 2 (duas) testemunhas, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

### SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

#### ORGANIZAÇÃO SOCIAL

##### (PARCEIRO PRIVADO)

1ª Testemunha:

Nome legível

CPF/MF nº

2ª Testemunha:

Nome legível

CPF/MF nº

#### ANEXO AO CONTRATO, CONVÊNIO OU INSTRUMENTO CONGÊNERE

##### 1. DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2. A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 114, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3.A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4. O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5. A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6. Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (inclusive o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018 e na Lei Estadual nº 13.800, de 18 de janeiro de 2001, constituindo a sentença título executivo vinculante entre as partes.

1.7. A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8. As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

## 2. DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

ESTADO DE GOIÁS

PARTE ADVERSA

## ANEXO TÉCNICO DA MINUTA CONTRATUAL I

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em três segmentos: **(I) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(II) Metas de produção**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato; **(III) Indicadores e Metas de Qualidade/ Desempenho** que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

### I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

#### 1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

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

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH/SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

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

1.4. 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;

1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital;

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

1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital, 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 HOSPITAL, observando, contudo às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente;

1.7. Serão de inteira responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUS- SIGTAP;

1.7.1. Sempre que 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 serão cobrados do PARCEIRO PRIVADO, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO;

1.7.2. Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

- 1.7.3. 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.
- 1.8. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;
- 1.9. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;
- 1.10. Consolidar a imagem do HOSPITAL como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;
- 1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar "on line" à SES/GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 02 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;
- 1.11.1. 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.
- 1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;
- 1.13. Disponibilizar a informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome, nome da mãe, data de nascimento, RG e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;
- 1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:
- Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.
  - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.
  - 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.
  - Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.
  - Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.
  - Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.
  - 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.
  - Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.
  - Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.
  - Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.
  - Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.
- l. Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.
- m. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- Nome do usuário.
- Data de Nascimento.
- Nome da mãe.
- Nome do Hospital.
- Localização do Hospital (endereço, município, estado).
- Motivo da internação (CID-10).
- Data de admissão e data da alta.
- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
- Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.
- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".
- Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.
- Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

- 1.15. 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;
- 1.16. Garantir o pleno acesso da Ouvidoria SUS aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;
- 1.17. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis;
- 1.18. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, bem como em conformidade com a legislação estadual correlata;
- 1.19. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados para a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás;
- 1.20. Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores da Unidade Hospitalar de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista);

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

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

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

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

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

1.26. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Central de Regulação Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes;

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

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

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

1.29. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC 02, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943;

1.30. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o Hospital na Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.31. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO 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;

1.32. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e login do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por

parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO à encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde;

1.33. 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 Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025;

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

1.35. 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:

· Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de Múltiplos órgãos.

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

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

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

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

- Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

- Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

- Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.

- Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

- Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE),

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

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

- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - CAPÍTULO II DO Sangue, Componentes e Hemoderivados;

- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.

- PRT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.

- PRT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

- Portaria de Consolidação Nº 4 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

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

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

- Resolução COFEN Nº 358/2009, 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.

- RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXIV Política Nacional de Atenção Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º).

- Portaria MS nº1631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAAH.

- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNHAH) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.

- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde-Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade - Anexo XXXI.

- Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017-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.

- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.

- 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.
- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- Portaria de Consolidação nº 3 - de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo.
- PT Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia.
- Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.
- Portaria nº1.399, de 17 de dezembro de 2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.
- Portaria 1046/2019 - SES/GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade

1.38. Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e conforme as diretrizes do SUS.

1.39 Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

1.40. O PARCEIRO PRIVADO deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

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

1.41.1. O **PARCEIRO PRIVADO** 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.

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

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

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

1.41.5. O **PARCEIRO PRIVADO** compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de radiologia.

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

1.42. Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:

1.42.1. Providenciar a estruturação e funcionamento de uma Agência Transfusional na unidade;

1.42.2. Providenciar a inclusão do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário);

1.42.3. 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;

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

1.42.5. 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.

1.42.6. Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento.

1.42.7. Atender às necessidades terapêuticas dos usuários, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional.

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

1.42.9. 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 estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.

1.42.10. Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, 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).

1.42.11. Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica.

1.42.12. Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente.

1.42.13. Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade e da região de saúde em que está inserida, conforme definir a SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.

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

1.42.15. A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.

1.42.16. Caso necessário e definido pela SES-GO, armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes e realizar sua distribuição para os portadores de coagulopatias ou outras doenças hematológicas, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.

1.42.17. Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expurgo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SES-GO. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.

1.42.18. 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.

1.42.19. 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.

1.42.20. Prover a manutenção predial, hidráulica, elétrica, telefonia e rede lógica.

1.42.21. Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.

1.42.22. Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.

1.42.23. Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais distribui hemocomponentes.

1.42.24. Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.

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

1.42.26. Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.

1.42.27. Manter atuante, na Agência Transfusional, os seguintes programas:

- Programa de Controle da Qualidade Interno.

- Programa de Avaliação Externa da Qualidade.

- Programa de Treinamento e Educação Permanente

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

1.42.29. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.

1.42.30. 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.

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

1.42.32. Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.

1.42.33. Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.

1.42.34. Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresenta-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.

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

1.42.36. Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.

1.42.37. Deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

1.42.38. Nos casos de aquisição, troca, substituição, remoção ou caracterização de desuso/inservibilidade de equipamentos, realizar comunicação formal à Coordenação de Patrimônio da SES-GO. Caso alguma das situações envolvam equipamentos e materiais permanentes adquiridos com uso de recursos federais, deverá ser solicitada prévia autorização da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS.

## 2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

2.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua

tipologia.

2.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO.

2.3. Em caso de hospitalização, o PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago ou incompatibilidade de perfil clínico, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o PARCEIRO PRIVADO, em decorrência da assinatura deste Contrato, presta serviços de assistência à saúde, por meio do Central de Regulação Estadual.

2.4. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.5. O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Estadual de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora.

2.6. O PARCEIRO PRIVADO deverá executar semestralmente uma pesquisa de satisfação independente, pesquisando a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados no Hospital, após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

2.7. No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido 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.

2.8 O PARCEIRO PRIVADO deverá aderir ao sistema de informação para monitoramento, controle e avaliação a ser disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica 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.

### 3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

#### 3.1. Identificação da Unidade

- **Nome:** Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos
- **CNES:** 2589265
- **Endereço:** Praça Sebastião Xavier nº 66 Bairro Centro, Itumbiara - GO CEP: 75513-540
- **Tipo de Unidade:** Hospital geral de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada
- **Gerência da Unidade:** Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
- **Funcionamento:** 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, sendo devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual.

#### 3.2. Capacidade Instalada

##### 3.2.1. Estrutura

3.2.1.1. O Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos possui edificação dividida em pavimentos e alas, **162 leitos gerais e 45 leitos complementares** destinados à internação de pacientes adultos e pediátricos, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 01. Capacidade Atual Instalada do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Internação	Quantidade
UTI Adulto	10 leitos
UTI Pediátrico	10 leitos
UTI Neonatal	10 leitos
UCIN	15 Leitos
Enfermaria Adulto Clínico	86 leitos
Enfermaria Pediátrica	8 leitos
Enfermaria Cirúrgica	60 leitos
Enfermaria Obstétrica	8 leitos
Leito Dia	02 leitos /poltronas
Observação (Box estabilização)	02
Observação (Box observação)	10
Centro Cirúrgico (Salas cirúrgicas)	03

Centro Cirúrgico (RPA)	04
------------------------	----

3.2.1.2. O hospital deverá estruturar sua Agência Transfusional (AT), que, por definição, é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imunohematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. O suprimento de hemocomponentes a esta agência deverá ser realizado por serviço público. A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelecer a SES-GO.

3.2.1.3. O serviço de hemoterapia integrará a Rede Estadual de Serviços de Hemoterapia (REHEMO) e, por consequência, a Hemorrede Estadual, estando inserido no contexto das políticas, estratégias, planejamento e determinações emanadas da SES-GO, inclusive da Superintendência de Atenção Integral à Saúde/Gerência de Atenção Terciária/Coordenação da Hemorrede, especialmente quanto a assistência hemoterápica e hematológica.

3.2.1.4 O Serviço de hemoterapia deverá atender a demanda por realização de procedimentos hemoterápicos da unidade e deverá, sempre que necessário e autorizado pela SES-GO, realizar a distribuição de hemocomponentes a outros serviços de saúde, atendendo a legislação vigente. Nesse contexto, havendo necessidade, deverão ser realizados os testes pré-transfusionais para distribuição de hemocomponentes a outros serviços.

3.2.1.5 A distribuição física poderá ser adequada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com anuência prévia do **PARCEIRO PÚBLICO**, considerando, sempre, a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.

### 3.3 Perfil da Unidade

3.3.1. O Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos caracterizado como Hospital Geral de Alta e Média Complexidade, como porta de Entrada (referenciada), conforme classificação de risco, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Sudeste e demais Macrorregiões. Atualmente a Unidade funciona 24 horas e realiza atendimentos de média e alta complexidade.

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

## 4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

### 4.1. Linhas de Serviços

4.1.1. Para o funcionamento do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos serão consideradas as seguintes linhas de serviços;

#### a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica

a.b) Saídas Cirúrgica

a.c) Saídas de Pediátricas

a.d) Saídas Cirúrgicas Oncológicas

a.e) Saídas Oncológicas

a.f) Saídas Obstetrícia

a.g) Saídas Cirúrgicas Programadas

a.h) Internações em leitos de UTI adulto

a.i) Internações em leitos de UTI neonatal

a.j) Internações em leitos de UTI Pediátrico

a.h) Internações em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médica e multiprofissionais em ambulatório.

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

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

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

### 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).

4.2.1.1. Será de inteira responsabilidade pelo **PARCEIRO PRIVADO**: o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP ou outra tabela que vier a substituí-la.

4.2.1.2. Observado o disposto no parágrafo anterior, na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** ser demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam na tabela SUS-SIGTAP, será regressivamente cobrado do **PARCEIRO PRIVADO** os valores correspondentes.

4.2.1.3. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia ao **PARCEIRO PRIVADO**.

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

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

4.2.3. Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares.

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

- a) Assistência por equipe médica especializada.
- b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.
- c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.
- d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.
- e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.
- f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, incluindo os utilizados no Hospital Dia;
- g) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação.
- h) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.
- i) 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).
- j) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.
- k) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.
- l) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).
- m) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.
- n) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).
- o) Sangue e hemoderivados.
- p) Fornecimento de roupas hospitalares.
- q) Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.
- r) Garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente.
- s) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

#### 4.3. Atendimento às Urgências Hospitalares

4.3.1. A Unidade Hospitalar deverá dispor de atendimento às urgências e emergências porta aberta e referenciadas, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24h.

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

4.3.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretária Estadual de Saúde, priorizando a internação de média complexidade, encaminhando pacientes de outras especialidades às demais unidades de saúde por meio do Complexo Regulador Estadual.

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

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

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

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

Especialidades médicas para porta de entrada (urgência) - Itumbiara
Cirurgia Geral
Clínica Médica
Ginecologia/Obstetrícia
Ortopedia e traumatologia
Neurologia Trauma

Cirurgia Vascular
Pediatria

#### 4.4. Atendimento Ambulatorial

##### 4.4.1. Consultas Médicas e Multiprofissional na Atenção Especializada

4.4.1.1. 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 Regulação, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

4.4.1.2. As consultas ambulatoriais compreendem:

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

4.4.1.3. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação do Estado ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

4.4.1.4. 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.

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

4.4.1.6. 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.

4.4.1.7. 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.

4.4.1.8. As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.4.1.9. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, nas especialidades descritas nos Quadros 03 e 04, abaixo, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

Quadro 03. Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no ambulatório
Cardiologia - Exames pré operatórios (Risco cirúrgico)
Cirurgia Geral (ambulatório de pré e pós operatório)
Cirurgia Oncológica
Clínica Médica
Dermatologia - Oncologia (ambulatório de pré e pós operatório)
Gastroenterologia Geral (ambulatório de pré e pós operatório)
Gastroenterologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Ginecologia (ambulatório de pré e pós operatório)
Infectologia (VVS)
Mastologia (ambulatório de pré e pós operatório)
Neurocirurgia
Obstetrícia (pré natal alto risco)
Oncologia Clínico
Otorrinolaringologia- adulto (ambulatório de pré e pós operatório)
Ortopedia e Traumatologia (ambulatório de pré e pós operatório)
Cuidado Paliativo - Paliativismo
Pediatria (egresso alto risco)
Pediatria - oncologia

Pneumologia (ambulatório de pré e pós operatório)
Pneumologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Proctologia Geral (ambulatório de pré e pós operatório)
Proctologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Urologia - (ambulatório de pré e pós operatório)
Urologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Angiologia e Cirurgia Vascular (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

Quadro 04. Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

<b>Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no ambulatório</b>
Fisioterapia (egresso)
Terapia Ocupacional (egresso)
Fonoterapia (egresso)
Enfermeiro (egresso)
Farmácia - VVS
Psicologia - VVS
Serviço Social - VVS
Nutrição

**4.4.2. Cirurgias Programadas**

4.4.2.1. Consideram-se as Cirurgias Programadas as intervenções que abrangem as cirurgias de médio e alto porte, sob efeito de anestesia e de diferentes especialidades, em pacientes que não estejam em internação hospitalar, ou seja, excetuam-se aqui as cirurgias de pacientes em atendimentos de urgência.

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

Quadro 05. Especialidades Médicas para cirurgias programadas iniciais a serem oferecidas no Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

<b>Especialidades médicas para cirurgias programadas</b>
Cirurgia Geral
Cirurgia oncológica (tais como: aparelho digestivo, urologia, colo-proctologia, ginecologia, mastologia )
Gastroenterologia
Ginecologia
Ortopedia
Otorrinolaringologia - adulto
Proctologia
Urologia
Angiologia e Cirurgia Vascular

Obs: Será monitorado e acompanhado a necessidade de inclusão caso seja necessário.

**4.5. SADT Externo**

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

**4.6. Leito Dia**

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

#### 4.7. Serviços de Apoio

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

4.7.2. Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

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

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

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

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

### 5. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

5.1. Caso, ao longo da vigência do Contrato, 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 Contrato de Gestão.

### 6. PROPOSTA DE MELHORIAS

6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO, Portaria nº 253/2020 ou outra norma vigente.

6.2. 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**.

6.3. 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. 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.

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

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

7.1. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à **Secretaria de Estado da Saúde** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada, conforme necessidade e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.2. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- a) Relatórios contábeis e financeiros.
- b) Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho.
- c) Relatório de Custos, em regime trimestral.
- d) Censo de origem dos pacientes atendidos.
- e) Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.
- f) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

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

7.4. 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.

## II - METAS DE PRODUÇÃO

### 8. REGRA GERAL

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

8.2 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do **Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos**.

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

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

**8.4.1. Internações Hospitalares**

- a.) Saídas de Clínica Médica
- b) Saídas Cirúrgica
- c) Saídas de Pediátricas
- d) Saídas Cirúrgicas Oncológicas
- e) Saídas Oncológicas
- f) Saídas Obstetrícia

**8.4.2. Cirurgias Programadas**

**8.4.3. Consultas Ambulatoriais**

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

**8.4.6. Serviço de Quimioterapia:** Sessões de quimioterapia

**8.4.7. SADT Externo**

**8.4.8. Hospital Dia**

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

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

**8.7. Determinantes da Parte Fixa**

**8.7.1. Internações Hospitalares**

8.7.1.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente 341 saídas de Clínica Médica, 104 saídas de Pediatria, 165 saídas cirúrgicas, 155 saídas cirúrgicas programadas, 86 saídas oncológicas, 69 saídas cirúrgicas oncológicas e 104 saídas obstétricas com variação de  $\pm 10\%$ , de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 06. Metas de saídas hospitalares para o Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Internação (saídas hospitalares)	Meta mensal	Meta 12 meses
Clínica Médica	341	4092
Oncológica	86	1032
Pediátrica	104	1248
Clínica Cirúrgica	165	1980
Cirúrgica Programada	155	1860
Cirúrgica Oncológica	69	828
Obstétrica	104	1248

Obs.: Para o cálculo das saídas hospitalares, considerou-se o número de leitos de internação, a taxa de ocupação de 85% para enfermarias e 90% para UTI; e os tempos médios de permanência (TMP) para clínica médica 5 dias, oncologia 6 dias, pediatria 2 dias, cirúrgica 5 dias, oncologia cirúrgica 6 dias, cirurgias programadas 2 dias e obstetrícia 2 dias.

8.7.1.2. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital.

8.7.1.3. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado das internações hospitalares.

**8.7.2. Cirurgias Programadas**

8.7.2.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar 155 cirurgias programadas conforme perfil dos pacientes atendidos pela Unidade, com variação de até  $\pm 10\%$ . Os pacientes poderão ser encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual, emergenciais, bem como ter a necessidade do procedimento detectada durante o acompanhamento dos pacientes atendidos pelo hospital.

8.7.2.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar os procedimentos realizados mensalmente.

Quadro 07. Metas de cirurgias programadas para o Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Cirurgias Programadas	Meta mensal	Meta 12 meses
Cirurgias	155	1.860

Obs.: Para o cálculo das cirurgias programadas, considerou-se a capacidade instalada, mantendo o perfil de atendimento da Unidade.

### 8.7.3. Cirurgias Ambulatoriais

8.7.3.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá realizar 176 procedimentos ambulatoriais conforme perfil dos pacientes atendidos pela Unidade, com variação de até  $\pm 10\%$ . Os pacientes poderão ser encaminhados pelo Complexo Regulador Estadual, emergenciais, bem como ter a necessidade do procedimento detectada durante o acompanhamento dos pacientes atendidos pelo hospital.

8.7.3.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar os procedimentos realizados mensalmente.

Quadro 08. Metas de procedimentos ambulatoriais para o Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Cirurgias Ambulatoriais	Meta mensal	Meta 12 meses
Cirurgia ambulatorial	176	2.112

Obs.: Para o cálculo das procedimentos ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada e a potencialidade de realizar os procedimentos sem necessidade de internação, mantendo o perfil de atendimento da Unidade.

8.7.3.3. Os procedimentos ambulatoriais são interpretadas como aquelas que não exigem internação, com o intuito de promover maior rotatividade ao Centro Cirúrgico da Unidade. As especialidades que poderão ser contempladas tais como a ortopedia (segundo tempo cirúrgico de média e alta complexidade), a urologia (exemplo: ureterolitotripsia).

### 8.7.4. Consultas Ambulatoriais

8.7.4.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar produção mensal de 2000 consultas médicas, 1074 consultas Multiprofissionais e 528 consultas médicas oncológicas, com variação de até  $\pm 10\%$ .

Quadro 09. Metas de consultas ambulatoriais para o Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Ambulatório	Meta mensal	Meta 12 meses
Consulta médica na atenção especializada	2.000	24.000
Consulta multiprofissionais na atenção especializada	1.074	12.888
Consulta médicas oncológicas	528	6.336
<b>Total</b>	<b>3.602</b>	<b>43.224</b>

Obs.: Para o cálculo das consultas ambulatoriais, considerou-se a capacidade instalada de consultórios e a possibilidade de otimização do tempo e dias para atendimento.

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

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

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

### 8.7.5. SADT Externo

8.7.5.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização e realização de exames Raio X, Ultrassom/Doppler, Eletrocardiograma, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), Colonoscopia, Ecocardiograma, Endoscopia, e Mamografia a pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

8.7.5.2. A Unidade Hospitalar deverá ofertar e realizar mensalmente 1000 Análises Clínicas, 100 Colonoscopia, 30 CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica), 600 de Eletrocardiograma, 100 de Ecocardiograma, 100 de Endoscopia, 660 de Mamografia, 1200 de Raio- x, 400 de Ressonância Magnética, 800 de Tomografia, 200 de Ultrassonografia e 200 de Ultrassonografia/ Doppler, para pacientes externos, com variação de até  $\pm 10\%$ , sendo os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

Quadro 10. Metas de exames para o SADT Externo do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Exame	Meta mensal	Meta 12 meses

Análises Clínicas	1000	12.000
Colonoscopia	100	1.200
CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica)	30	360
Eletrocardiograma	600	7.200
Ecocardiograma	100	1.200
Endoscopia	100	1.200
Mamografia	660	7.920
Raio- x	1200	14.400
Ressonância Magnética	400	4.800
Tomografia	800	9600
Ultrassonografia	200	2.400
Ultrassonografia/ Doppler	200	2.400

Obs: Será monitorado e acompanhado a necessidade de inclusão caso seja necessário.

#### 8.7.6. Hospital Dia

8.7.6.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar 200 atendimentos no Hospital Dia por mês, com variação de até  $\pm 10\%$ .

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

Quadro 11. Metas de atendimentos para o Hospital Dia do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Hospital Dia	Meta mensal	Meta 12 meses
Atendimentos	200	2.400

#### 9. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS (Âmbito Hospitalar)

9.1. 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.

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

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

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

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

#### 10. SERVIÇO DE QUIMIOTERAPIA

10.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar 3420 sessões/mês, com variação de até 10%.

Quadro 12. Metas de sessões de quimioterapia para o do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos

Serviço de Quimioterapia	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Sessões de Quimioterapia	3.420	41.040

#### III - INDICADORES DE DESEMPENHO

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

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

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

## Quadro 13-Síntese de Metas de Desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %
Média de Permanência Hospitalar	≤ 6 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 26
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤ 20%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas )	<5%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais - (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
Percentual de partos cesáreos	≤ 15%
Taxa de Aplicação da Classificação de Robson nas parturientes submetidas à cesárea	100%
Índice de Lesões por Extravasamento de Quimioterapia	<5%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%

**11.2.1. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR**

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

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

Observação: A meta para a permanência na Unidade de Terapia Intensiva, entretanto, foi mantida em 90%, considerando-se a série histórica da Instituição, devendo ser avaliada separadamente.

**11.2.2. MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR (DIA)**

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

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

**11.2.3. ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO (HORAS)**

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

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

*Observação: o valor do óbito deverá ser multiplicado por 24 horas para a conversão em dias caso seja necessário.*

**11.2.4. TAXA DE READMISSÃO HOSPITALAR (EM ATÉ 29 DIAS)**

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

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

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

**11.2.5. TAXA DE READMISSÃO EM UTI EM ATÉ 48 HORAS (READMISSÃO PRECOCE EM UTI)**

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

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

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

**11.2.6. PERCENTUAL DE OCORRÊNCIA DE GLOSAS NO SIH**

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

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

**11.2.7. PERCENTUAL DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS PROGRAMADAS POR CONDIÇÕES OPERACIONAIS (APRESENTAR OS MAPAS CIRÚRGICOS) CAUSAS RELACIONADAS À ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE.**

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

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

*Observação: excluídas as causas relacionadas ao paciente.*

**11.2.8. PERCENTUAL DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS PROGRAMADAS POR CONDIÇÕES OPERACIONAIS (APRESENTAR OS MAPAS CIRÚRGICOS) CAUSAS RELACIONADAS AO PACIENTE**

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

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

**11.2.9. PERCENTUAL DE PARTOS CESÁREAS**

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

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

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

**11.2.10. TAXA DE APLICAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON NAS PARTURIENTES SUBMETIDOS À CESÁREA**

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

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

**11.2.11. ÍNDICE LESÕES POR EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERAPIA**

Conceituação: Dentre os principais eventos adversos relacionados à administração endovenosa da terapia antineoplásica, o extravasamento se destaca como a complicação aguda mais severa, causando extremo desconforto ao paciente e exigindo dos profissionais habilidades para prevenir, diagnosticar e intervir precocemente. O extravasamento de antineoplásicos é definido como o escape da droga do vaso sanguíneo aos tecidos circunjacentes. A ação das drogas antineoplásicas ao tecido extravasado pode acarretar em grave destruição tecidual. O grau de lesão tissular está diretamente relacionado ao potencial de lesão da droga, concentração e o intervalo entre o reconhecimento e tratamento.

*Fórmula: [casos de extravasamento por drogas antineoplásica em 30 dias / Total de pacientes que receberam a droga antineoplásica em 30 dias] x 100*

**11.2.12. PERCENTUAL DE INVESTIGAÇÃO DA GRAVIDADE DE REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (FARMACOVIGILÂNCIA)**

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

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

**11.2.13 RAZÃO DO QUANTITATIVO DE CONSULTAS OFERTADAS**

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

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

**11.2.14. PERCENTUAL DE EXAMES DE IMAGEM COM RESULTADO DISPONIBILIZADO EM ATÉ 10 DIAS**

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

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

**11.2.15. PERCENTUAL DE MANIFESTAÇÕES QUEIXOSAS RECEBIDAS NO SISTEMA DE OUVIDORIA DO SUS**

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

Fórmula:  $[ \text{Número de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS} / \text{total de atendimentos realizados mensalmente} ] \times 100$ .

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

**ANEXO II TÉCNICO DA MINUTA CONTRATUAL****1. REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE**

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

1.2. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO a ser contratada subdivide-se em 05 (cinco) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I, Especificações Técnicas GERAT (v. 000023840398):

1.3. Para o funcionamento do Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos serão consideradas as seguintes linhas de serviços;

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica

a.b) Saídas Cirúrgica

a.c) Saídas de Pediátricas

a.d) Saídas Cirúrgicas Oncológicas

a.e) Saídas Oncológicas

a.f) Saídas Obstetrícia

a.g) Saídas Cirúrgicas Programadas

a.h) Internações em leitos de UTI adulto

a.i) Internações em leitos de UTI neonatal

a.j) Internações em leitos de UTI Pediátrico

a.l) Internações em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, sob efeito de anestesia local, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médica e multiprofissionais em ambulatório.

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

e) Leito Dia: atendimento aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer na Unidade para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas.

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

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

**2. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO**

2.1. Caso, ao longo da vigência do Contrato, 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**.

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

2.3. 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 **SES/GO, Portaria nº 253/2020** ou outra norma vigente.

2.4. 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**.

2.5. 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 aquisição dos equipamentos necessários.

2.6. 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.

2.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Especificações Técnicas GERAT (v. 000023840398).

### 3. SISTEMA DE REPASSE

3.1. O **montante mensal estimado** para o Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos é de **R\$13.942.515,20 (treze milhões, novecentos e quarenta e dois mil quinhentos e quinze reais e vinte centavos)**, e **R\$669.240.729,60 (seiscentos e sessenta e nove milhões, duzentos e quarenta mil setecentos e vinte e nove reais e sessenta centavos)**, para os **48 (quarenta e oito) meses** de Contrato de Gestão.

3.2. Do valor mensal, a parte fixa 90% (noventa por cento) corresponde ao valor de **R\$12.548.263,68 (doze milhões, quinhentos e quarenta e oito mil duzentos e sessenta e três reais e sessenta e oito centavos)** e, para o período de 48 (quarenta e oito) meses, o valor de **R\$602.316.656,64 (seiscentos e dois milhões, trezentos e dezesseis mil seiscentos e cinquenta e seis reais e sessenta e quatro centavos)**.

3.3. Do valor mensal, a parte variável 10% (dez por cento) corresponde ao valor **R\$1.394.251,52 (um milhão, trezentos e noventa e quatro mil duzentos e cinquenta e um reais e cinquenta e dois centavos)** e, para o período de 48 (quarenta e oito) meses de contrato, corresponde ao valor mensal de **R\$66.924.072,96 (sessenta e seis milhões, novecentos e vinte e quatro mil setenta e dois reais e noventa e seis centavos)**, sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo.

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

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

<b>DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO VALOR MENSAL</b>	
<b>MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO</b>	<b>PORCENTAGEM (%)</b>
Internações Hospitalares	68%
Atendimento Ambulatorial	22%
Leitos dia	10%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

3.5. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 1.3. já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no ANEXO TÉCNICO IV (v. 000024057205).

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

<b>CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO</b>				
<b>MÊS</b>	<b>1º ANO</b>	<b>2º ANO</b>	<b>3º ANO</b>	<b>4º ANO</b>
	<b>VALOR (R\$)</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	<b>VALOR (R\$)</b>
01	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
02	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
03	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
04	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
05	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
06	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
07	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
08	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
09	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
10	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
11	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68
12	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68	R\$12.548.263,68

Total	R\$150.579.164,16	R\$150.579.164,16	R\$150.579.164,16	R\$150.579.164,16
-------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

3.7. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime semestral, **ou antes**, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, e **com comunicado prévio**, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pelo Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos.

3.8. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III e V, o mesmo **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos.**

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

3.10. As informações deverão ser enviadas **até o dia 05 (cinco) 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.

3.11. As metas de desempenho serão avaliadas em regime semestral, **ou antes**, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, e, em caso de não cumprimento, **será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês**, conforme disposto neste **Anexo Técnico V**.

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

3.13. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGOS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas** pelo Hospital Estadual de Itumbiara São Marcos, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

3.14. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

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

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

3.17. A cada período de 06 (seis) meses, **ou antes**, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

3.18. 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 realizadas** pelo PARCEIRO PRIVADO, **verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.**

3.19. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

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

3.21. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

3.22. O PARCEIRO PRIVADO **deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao semestre avaliado.**

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

3.24. **A análise referida no item 1.18. 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 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.**

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

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

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

#### 4 - CRITÉRIOS DE REPASSE

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

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

4.2.1. 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.**

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

**TABELA II – TABELA PARA REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO DO HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
<b>Internações Hospitalares</b>  <b>Peso 68%</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
<b>Atendimento Ambulatorial</b>  <b>Peso 22%</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames / procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames / procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado exames / procedimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado exames / procedimentos
<b>Leito Dia</b>  <b>Peso 10%</b>	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimento

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

**5.1.** Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico I – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 3.17. deste documento (anexo). Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

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

$$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

$P_{CM}$  = Percentual de Cumprimento da Meta;

$V_A$  = Valor Atingido;

$V_M$  = Valor da Meta.

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

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

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

**TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS**

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

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

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

$\Sigma$  (nota de cada indicador).

Quantidade de indicadores

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

**5.6.1.** A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO. As Organizações Sociais de Saúde deverão atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado.

#### TABELA IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

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

### ANEXO TÉCNICO III DA MINUTA CONTRATUAL

#### TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO e o(a) \_\_\_\_\_, qualificada como Organização Social em Saúde, 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 ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**, localizado na Praça Sebastião Xavier nº 66 Bairro Centro, Itumbiara - GO CEP: 75513-540, em regime de, no mínimo, 24 horas/dia, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8º-A, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005, para os fins que se destina.

#### PERMITENTE:

**ESTADO DE GOIÁS**, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pelo **Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO**, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE**.

#### PERMISSIONÁRIO:

O (A) \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, com endereço na Rua \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, no Município de \_\_\_\_\_, neste momento representado (a) por \_\_\_\_\_, brasileiro(a), estado civil, profissão, inscrito no RG n. \_\_\_\_\_ e CPF n.\_\_\_\_\_, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO**.

**Considerando** o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão nº \_\_\_\_/\_\_\_\_, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o(a) \_\_\_\_\_, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 12 horas/dia, por um período de 48 (quarenta e oito) meses.

**Considerando** tudo que consta no processo administrativo nº \_\_\_\_\_, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. 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 ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**, localizado na Praça Sebastião Xavier nº 66 Bairro Centro, Itumbiara - GO CEP: 75513-540 pela organização social de saúde.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão nº \_\_\_\_/\_\_\_\_.

#### CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens no **HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**, localizado na Praça Sebastião Xavier nº 66 Bairro Centro, Itumbiara - GO CEP: 75513-540, somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE**.

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSIONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

#### CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão nº \_\_\_\_/\_\_\_\_, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão nº \_\_\_\_/\_\_\_\_.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos;

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbacão ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE**, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

#### CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto vigor o Contrato de Gestão nº \_\_\_\_/\_\_\_\_.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

#### CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

#### CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

#### CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

#### **CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO**

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

#### **CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES**

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº \_\_\_\_/\_\_\_\_.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO**

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexecutável.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO**

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, em 4 (quatro) vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais, às quais, depois de lidas, serão assinadas pelas testemunhas *in fine* indicadas.

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**PERMITENTE**

ISMAEL ALEXANDRINO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS

**PERMISSIONÁRIA**

**PARCEIRO PRIVADO**

TESTEMUNHAS:

Nome:

RG nº.

CPF nº.

Nome:

RG nº.

**ANEXO DA MINUTA CONTRATUAL IV**  
**TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**

Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO e o(a) \_\_\_\_\_, qualificada como Organização Social em Saúde, com o objetivo de autorizar o uso de bens imóveis na implantação dos serviços no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde **HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**, localizado na Praça Sebastião Xavier nº 66 Bairro Centro, Itumbiara - GO CEP: 75513-540, por período de 24 horas por dia, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes, nos termos do artigo 8º-A, §1º, da Lei Estadual nº 15.503/2005, para os fins que se destina.

**PARTÍCIPES:****PERMITENTE:**

**ESTADO DE GOIÁS**, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO CEP:74.860-270, neste ato representado pelo **Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO**, médico, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE**.

**PERMISSIONÁRIO:**

O(A) \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, com endereço na Rua \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, no Município de \_\_\_\_\_, neste momento representado (a) por \_\_\_\_\_, brasileiro(a), estado civil, profissão, inscrito no RG n. \_\_\_\_\_ e CPF n. \_\_\_\_\_, neste ato denominado **PERMISSIONÁRIO**.

**Considerando** o disposto no Contrato de Gestão nº \_\_\_\_/\_\_\_\_, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e o(a) \_\_\_\_\_, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**, localizado na Praça Sebastião Xavier nº 66 Bairro Centro, Itumbiara - GO CEP: 75513-540 em regime de 24 horas/dia.

**Considerando** tudo que consta no processo administrativo nº \_\_\_\_\_ **RESOLVEM** as partes firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso do imóvel, situado na \_\_\_\_\_, onde funciona **HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**, localizado na Praça Sebastião Xavier nº 66 Bairro Centro, Itumbiara - GO CEP: 75513-540, em regime de 24 horas/dia, com área total medindo \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão n. \_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL**

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento do **HOSPITAL ESTADUAL DE ITUMBIARA SÃO MARCOS**, localizado na Praça Sebastião Xavier nº 66 Bairro Centro, Itumbiara - GO CEP: 75513-540, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a outorga do Contrato de Gestão nº \_\_\_\_/\_\_\_\_, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão nº \_\_\_\_/\_\_\_\_, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

**CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO**

- 4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto vigor o Contrato de Gestão nº \_\_\_\_/\_\_\_\_;
- 4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto desta permissão.
- 4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

**CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E VISTORIA**

- 5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.
- 5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder à vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

**CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES**

- 6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº \_\_\_\_/\_\_\_\_.
- 6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO**

- 7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.
- 7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

**CLÁUSULA OITAVA - DO FORO**

- 8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia-GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.
- E por estarem de acordo, as partes firmam o presente Instrumento, em 4 vias de igual teor e forma, para que surtam os efeitos legais, às quais, depois de lidas, serão assinadas pelas testemunhas in fine indicadas.

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**PERMITENTE**

**ISMAEL ALEXANDRINO**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS**

**PERMISSIONÁRIA**

**PARCEIRO PRIVADO**

TESTEMUNHAS:

Nome:

RG nº.

CPF nº.

Nome:

RG nº.

CPF nº.

GOIÂNIA, \_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2022.

GOIANIA, 28 de janeiro de 2022.



Documento assinado eletronicamente por **LAYANY RAMALHO LOPES SILVA, Presidente**, em 01/02/2022, às 11:41, 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 **LIVIA COSTA DOMINGUES DO AMARAL, Membro**, em 01/02/2022, às 11:47, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site [http://sei.go.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=1](http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1) informando o código verificador **000027045073** e o código CRC **D3EFFE1B**.

COMISSÃO INTERNA DE CONTRATOS DE GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE  
NAO CADASTRADO, NAO CADASTRADO - Bairro NAO CADASTRADO - GOIANIA - GO - CEP 74000-000 - .



Referência: Processo nº 202000010037536



SEI 000027045073