

Secretaria de
Estado da
Saúde



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Edital

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 07/2022-SES/GO

PROCESSO: 202100010054415

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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, localizado na Avenida Bela Vista, S/N, Parque Acalanto, Goiânia-GO, CEP: 74863-025, 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: 24 de junho 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 07/2022

O **ESTADO DE GOIÁS**, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SES, nos termos do Despacho Governamental nº 380/2022 (v. 000029521018), devidamente publicado no Diário Oficial nº 23.784 (v. 000029521140), torna público, para conhecimento dos interessados que está disponível no sítio eletrônico www.saude.go.gov.br, o instrumento de **CHAMAMENTO PÚBLICO nº 07/2022**, 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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, localizado na Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia - GO, 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	03/06/2022
Prazo máximo para Pedidos de Impugnação ao Edital	17/06/2022
Divulgação da Nota de Esclarecimento	07/06/2022
Divulgação de resposta sobre Impugnação ao Edital	22/06/2022
Entrega dos Envelopes	24/06/2022 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.

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 1152/2022-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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, localizado na Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia - GO , em regime de 24 (doze) 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 1152/2022–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

<u>EVENTOS</u>	<u>DATA</u>
Prazo máximo para Pedidos de Esclarecimento	03/06/2022
Prazo máximo para Pedidos de Impugnação ao Edital	17/06/2022
Divulgação da Nota de Esclarecimento	07/06/2022
Divulgação de resposta sobre Impugnação ao Edital	22/06/2022
Entrega dos Envelopes	24/06/2022 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 07/2022

(razão social e endereço da entidade)

ENVELOPE 02: PROPOSTA DE TRABALHO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 07/2022

(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).
- 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).

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).

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:

$$ILG = (AC+RLP) / (PC+ELP) \geq 1$$

$$ILC = (AC) / (PC) \geq 1$$

$$ISG = AT / (PC+ELP) \geq 1$$

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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, localizado na Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia - GO. A visita deverá ser agendada previamente na SES/GO, por meio do e-mail comissaochamamentogoiias@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 07/2022, 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, ambos 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 nos anexos deste instrumento convocatório, 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 no Termo de Referência e seus anexos, 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 1152/2022 – 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 deste instrumento convocatório

6.9.2. A classificação das **PROPOSTAS DE TRABALHO** obedecerá aos critérios de avaliações constantes nos anexos do Termo de Referência 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 dos Termos de Referência, 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 - CIGG 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 03 de junho de 2022 (esclarecimentos) e 17 de junho de 2022 (impugnação), no endereço ou e-mail indicado no "Aviso de Chamamento Público".

7.2. Caso haja solicitações, a Nota de Esclarecimentos será publicada no sítio eletrônico www.saude.go.gov.br no dia 07 de junho de 2022 (esclarecimento) e 22 de junho de 2022 (impugnação).

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 – CICIP/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 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 - CICIP/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
Unidade Orçamentária	2850	FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FES
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	26000232	TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO DO SUS- BLOCO DE MANUTENÇÃO DAS AÇÕES
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 irretroatável 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 07/2022, 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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

ANEXO II do TR - ENSINO E PESQUISA/2022 -

ANEXO III do TR - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2022

ANEXO IV do TR - ESTIMATIVA DE CUSTEIO

ANEXO V do TR - SISTEMA DE REPASSE/2022

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 1152/2022-GAB/SESGO

LÍVIA COSTA DOMINGUES DO AMAMRAL

Comissão Interna de Chamamento Público

Portaria nº 1152/2022-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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, localizado na Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia - GO, por período de 48 (quarenta e oito) meses, conforme definido neste Termo de Referência e seus Anexos (Especificações Técnicas).

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 Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, 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).¹

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 n 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. 000026124340);

ANEXO TÉCNICO II – ENSINO E PESQUISA (v. 000026172725);

ANEXO TÉCNICO III – GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS (v. 000026327987);

ANEXO TÉCNICO IV – ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL (v. 000026936029);

ANEXO TÉCNICO V - SISTEMA DE REPASSE (v. 000026936047).

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

4. PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES

4.1. 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.

4.2. 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.

4.3. 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:

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

4.4. Da Vigilância em Saúde

4.4.1. 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.

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

- 4.5.1. 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.
- 4.5.2. 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.
- 4.5.3. Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- 4.5.4. 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.
- 4.5.5. Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- 4.5.6. 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),
- 4.5.7. RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- 4.5.8. RDC ANVISA Nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.
- 4.5.9. 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;
- 4.5.10. 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.
- 4.5.11. PRT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.
- 4.5.12. 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.
- 4.5.13. 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.
- 4.5.14. 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.
- 4.5.15. 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).
- 4.5.16. 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.
- 4.5.17. DC 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.
- 4.5.18. 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).
- 4.5.19. 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.
- 4.5.20. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.
- 4.5.21. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNHAH) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.
- 4.5.22. 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.
- 4.5.23. 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.
- 4.5.24. 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.
- 4.5.25. 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.
- 4.5.26. Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- 4.5.27. RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- 4.5.28. 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.
- 4.5.29. 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.
- 4.5.30. 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

- 4.5.31. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;
- 4.5.32. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.
- 4.5.33. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.
- 4.6. 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.
- 4.7. Da Tecnologia da Informação
- 4.7.1. 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).
- 4.8. 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.
- 4.9. 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.
- 4.10. A gestão da Unidade deverá respeitar a Legislação Ambiental incluindo a posse de toda a documentação exigida.
- 4.11. Da Gestão Integrada
- 4.11.1. 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, bem como um Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos na Unidade, e manter o Núcleo de Engenharia Clínica para o bom desempenho dos equipamentos.
- 4.11.2. 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.
- 4.12. Da Integridade e Transparência
- 4.12.1. 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.
- 4.13. 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.
- 4.14. 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.
- 4.15. 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.

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 HUGO serão estimadas para o período de vigência do Contrato de Gestão, 48 (quarenta e oito) meses, e compõem ANEXO TÉCNICO I – Especificações Técnicas, Descritivo de Serviços, Indicadores e Metas de Produção e Desempenho (v. 000026124340), 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. 000026936047) – 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:
- 7.1.1. O montante do orçamento econômico-financeiro do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)** é estimado **mensalmente em R\$17.579.931,04 (dezesete milhões, quinhentos e setenta e nove mil novecentos e trinta e um reais e quatro centavos)**, mais **R\$244.077,15 (duzentos e quarenta e quatro mil setenta e sete reais e quinze centavos)** referente ao custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no HUGO, conforme Anexo II (v. 000026172725) e **R\$3.027.559,21 (três milhões, vinte e sete mil quinhentos e cinquenta e nove reais e vinte e um centavos)**, referente ao Aporte de Recursos Financeiros dos servidores estatutários cedidos à unidade hospitalar, conforme Anexo III (v. 000026327987), totalizando **R\$20.851.567,40 (vinte milhões, oitocentos e cinquenta e um mil quinhentos e**

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) 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.

s) 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.

t) Comissão Interna de Qualidade: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

u) Comissão de Padronização de Produtos para Saúde: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

v) 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.

w) Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Acompanhar as notificações realizadas, prestando contas aos órgãos fiscalizadores.

x) 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. Acompanhar, monitorar, comunicar as unidades referenciadas da OPO.

y) Núcleo Interno de Regulação (NIR): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

z) Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

aa) 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.

ab) Outras comissões: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

10.3.6. 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.

10.4. Critério 3: QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

10.4.1. 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.

10.4.1.1. Experiência anterior em Gestão de Unidade de Saúde: Certificar mediante apresentação de documentos comprobatórios das experiências da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo, atestados ou certificados, expedidos por pessoa jurídica de direito público ou privado, na execução de serviços de saúde de natureza similar ao objeto deste edital, incluindo o prazo da atividade desempenhada. A mesma unidade de saúde pontuará somente uma vez no mesmo Grupo:

Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo no gerenciamento de Unidade Hospitalar por quantidade igual ou superior a 200 leitos.

Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo no gerenciamento de Unidade Hospitalar por quantidade igual ou superior a 100 leitos.

Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo no gerenciamento de Unidade Hospitalar por quantidade igual ou superior a 50 leitos.

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

10.4.1.2. Para finalidade da avaliação do Item 3.4.1.1, os documentos devem conter: i) a identificação da pessoa jurídica emitente; ii) nome e o cargo do signatário; iii) timbre do emitente; período de vigência do contrato; iv) objeto contratual com descrição das atividades compatível com a proposta do Edital de Chamamento Público sob responsabilidade direta da Organização Social.

10.5. Estrutura e experiência da Diretoria:

Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo.

Apresentação da Titulação de especialistas em administração/gestão hospitalar dos membros da diretoria e coordenações.

Descrição do organograma da Unidade até o segundo nível: Diretorias e gerências.

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 prestado, dos postos correspondentes aos dois primeiros níveis.

10.6. Implementação de Serviços e Funcionamento de Equipe Interdisciplinar

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).

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.

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

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

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

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

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

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.

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

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

Compatibilização da Proposta de Trabalho com as diretrizes da SES.

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.

10.7. Implementação e Funcionamento de Outros Serviços

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

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

Normas para o funcionamento do serviço de **Administração Geral** com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.

Normas para realização dos procedimentos de **aquisição, recebimento, guarda e distribuição** de materiais no Hospital.

Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares.

Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de **limpeza, vigilância e manutenção predial**.

Descrição de funcionamento da **unidade de faturamento**, bem como horários de trabalho; estrutura de chefia; membros e vínculo com o Hospital.

Volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa.

10.8. Ciência e Tecnologia

Apresentação de convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências.

Parcerias com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência hospitalar e/ou de saúde pública.

Apresentação de projeto em educação permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar da unidade hospitalar.

10.9. Política de Gestão do Trabalho

Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.

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.

Implantação do Programa de Acolhimento: equipe necessária, sistemática de trabalho, horário de funcionamento.

Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.

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.

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.

10.10. Metodologia de Projetos

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.

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:

Critério	Itens de avaliação	Pontuação máxima possível
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
Total:		20 pontos
FA2. Área de Qualidade Adequação da proposta de atividade assistencial à capacidade da Unidade.	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. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);	
	2.1.19. Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;	
	2.1.20. Comissão Interna de Qualidade;	
	2.1.21. Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;	
	2.1.22. Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;	
	2.1.23. Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;	
	2.1.24. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;	
	2.1.25. Núcleo Interno de Regulação (NIR);	
	2.1.26. Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);	
	2.1.27. Comitê de Compliance;	
	2.1.28. Outras Comissões	
	2.2. Ações voltadas à Qualidade Subjetiva: 2.2.1. Acolhimento 2.2.2. Atendimento (incluindo, pesquisa de satisfação)	08 pontos
Total:		20 pontos
FA3. Qualificação Técnica Adequação entre os meios sugeridos, seus custos, cronogramas e resultados presumidos.	3.1. Experiência anterior da Organização Social e de seus gestores	19 pontos
	3.2. Estrutura e experiência da Diretoria	09 pontos
	3.3. Implementação 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
Total:		60 pontos
Pontuação Máxima Total		100 pontos

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:

1 – Área de atividade: Avalia as ações propostas para a organização da unidade.			Pontuação 20 pontos		
			Item (unitário)	Total	
Organização das atividades I	Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas	Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas	02 pontos	07 pontos	
		Implantação de fluxos (A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e entendimento do fluxo)	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 pontos	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 pontos		

Incrementos de Atividades	Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais	04 pontos	04 pontos
TOTAL DE PONTOS:			20 pontos

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 Biossegurança	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)	0,25 pontos	0,5
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pontos	
	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,25 pontos	0,5
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pontos	
	Comissão de Verificação de Óbitos	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,25 pontos	0,5
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pontos	
	Comissão de Residência Médica (COREME)	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,25 pontos	0,5

	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pontos	
Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,25 pontos	0,5
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 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	
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 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	
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 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	
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 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	
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	
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	
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	
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 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	
Comitê de Compliance	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4
	Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos	
Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade).	0,2 pontos	0,4

		Proposta de Regimento Atividade Anual.	0,2 pontos	
Qualidade Subjetiva: Avalia medidas de promoção da relação humana e apoio social na comunidade interna e externa do Hospital : Acolhimento e Atendimento	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 ponto	4
		Instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários	2 ponto	
	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 ponto	4
		Proposta de implantação de ouvidoria vinculada a SES, com pesquisa de satisfação.	2 ponto	
TOTAL DE PONTOS:				20

3. Qualidade Técnica

No conjunto da proposta corresponde a **60 pontos positivos**. 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 que se propõe assistir. São referentes aos instrumentos demonstrados a seguir:

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:			
			Pontuação 60 pontos
			Item unitário
			Item total
Experiência Anterior em Gestão Hospitalar da proponente ou de seu 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 Comission 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 hospitalar dos membros da diretoria e coordenações (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto)	04 pontos	
	Experiência mínima de 1 ano da Diretoria da Organização Social em Saúde (lotados na unidade)	03	

	no gerenciamento de Unidade Hospitalar (cada Diretor poderá obter no máximo 0,5 ponto)	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.	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 e bloco cirúrgico.	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	
TOTAL DE PONTOS:			60 pontos

JULGAMENTO DAS PROPOSTAS DE TRABALHO

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

- a. 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;
- b. Não atenderem às exigências deste Edital;
- c. Que contiverem uma estimativa de despesas para custeio e para Metas de Produção das atividades do Hospital com valores manifestamente inexequíveis.

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.

QUALQUER DOCUMENTAÇÃO QUE NÃO TIVER SUA IDONEIDADE COMPROVADA PODERÁ IMPLICAR EM DESQUALIFICAÇÃO DA OSS NO ESTADO DE GOIÁS.

¹MEDUAR, O. **O direito administrativo em evolução**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

Anexo I do Termo de Referência

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 ambulatorial 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) do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde (MS).

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 em horário padronizado, sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista).

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

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

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 na Unidade, disponibilizando a qualquer momento para a Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade observando as Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigentes.

1.7. Será de inteira responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela do 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 do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.8. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente do paciente por serviços médicos 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 *online* à Secretaria de Estado da Saúde, o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC nº 02, de 25 de janeiro de 2010 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médicos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal da SES ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido.

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

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 completo, registro civil e endereço completo da residência do usuário, bem como nome completo da mãe, 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 usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

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

c) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade.

d) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste 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 do usuário.
- Nome da mãe.
- Nome do Hospital.
- Localização do Hospital (endereço, município, estado).
- Motivo da internação (CID-10).
- Data de admissão e data da alta hospitalar.
- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
- Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.
- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".
- 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 em atendimento ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, por meio de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde.

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

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

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

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

1.20. Mensurar mensalmente a 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 da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

1.24. Alcançar os índices de desempenho 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 a Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual e incluindo essa informação 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 do Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador 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 e Comitês:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- 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.

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 controle e acompanhamento da infraestrutura de saúde que atenda às disposições da RDC nº 02/2010 da ANVISA, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943.

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 ambulatório à Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como à 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 atualizado dos equipamentos médicos, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa quando forem necessárias essas informações. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário e o registro dos referidos equipamentos devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade 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** a 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 (PNHAAH) 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.
- 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 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 Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

1.39 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.

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

1.40.1. 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.

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

1.40.3. 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.

1.40.4. 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.

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

1.40.6. 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.

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

1.42. Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:

1.42.1. Manter a Agência Transfusional (AT) em pleno funcionamento;

1.42.2. Manter e/ou 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, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional;

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 Estadual Prof. Nion Albernaz (HEMOGO) 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-GO, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica. Apresentar à Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS o programa de capacitação (plano de educação permanente), para análise/validação, e atender às recomendações e/ou determinações de alteração definidas por esta Coordenação.

1.42.12. Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador (HEMOGO), 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.

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 HEMOGO e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO e/ou HEMOGO.

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 eventualmente distribua hemocomponentes mediante autorização da SES-GO.

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. A Agência Transfusional deverá estar contemplada e/ou representada no mínimo, nas seguintes Comissões /Comitês:

- Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde.
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT.
- Comitê da Qualidade.
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos.

- Núcleo de Segurança do Paciente.

1.42.28. 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

1.42.29. Manter sempre atualizado os respectivos prontuários e registros dos pacientes, relacionados aos procedimentos hemoterápicos e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.

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

1.42.31. 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.

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

1.42.33. 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.

1.42.34. 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.

1.42.35. 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.

1.42.36. 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.

1.42.37. 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.

1.42.38. Deverá receber visitas, prestar as devidas informações, adotar as recomendações e atender às solicitações do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH).

1.42.39. Deverá manter estoque em qualidade e quantidades suficientes de matéria-prima, medicamentos, material médico-hospitalar e correlatos, necessários só podendo utilizar os produtos registrados na ANVISA e/ou com dispensa formal do registro, sendo vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas no Território Nacional.

1.42.40. Deverá, sob Supervisão da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS/SES-GO e atendendo aos fluxos por ela estabelecidos, realizar o remanejamento de hemocomponentes entre Unidades de Saúde da Rede Pública Estadual, Municipal, Serviços Privados e Filantrópicos do Estado de Goiás, sempre que necessário e autorizado.

1.42.41. Deverá manter programa e/ou ações permanentes para captação de doadores de sangue, direcionando-os ao HEMOGO;

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

1.42.43. 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. 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.

2.4. 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 Municipal e/ou Complexo Regulador Estadual.

2.5. 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.

2.6. 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 Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador 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.

2.7. 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.

2.8 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 de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO
- **CNES:** 2338262
- **Endereço:** Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia - GO.
- **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, Porta de Entrada (aberta), 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 de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO possui leitos gerais e leitos complementares, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 01. Capacidade Atual Instalada do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Descrição	Quantidade
UTI Adulto	57
Clínica Cirúrgica	188
Clínica Médica	84
Clínica Neurológica	10
Carcerário	06
Leito dia	20
Salas Cirúrgicas	10
Consultórios Ambulatoriais	10

* Na UTI Adulto há 01 leito de Hemodiálise que não comporá meta.

3.2.1.2. O hospital possui uma 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 é (e deverá continuar a ser) realizado pelo Hemocentro Coordenador Estadual Prof. Nion Albernaz (HEMOGO). 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 integra 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.

3.3. Perfil da Unidade

3.3.1. . O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade, Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Geral, Neurologia, Ortopedia/Traumatologia e Torácica); Clínica Médica (Cardiologia, Geral, Neurologia, Geriatria, Infectologia, Hematologia, Pneumologia e Vascular), regulados pelo Complexo Regulador Estadual, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Oeste mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. LINHAS DE SERVIÇOS

4.1.1. Para o funcionamento do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica;

a.b) Saídas Cirúrgicas;

a.c) Saídas Cirúrgicas Programadas

a.d) Saídas Leito Dia (Cirurgias ambulatoriais): intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

a.e) Internações em leitos de UTI;

b) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

c) 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.

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.

4.2.5 Composição de equipe mínima de profissionais, tais como Enfermeiro e Assistente Social, para atuarem no processo de desospitalização.

4.2.6. O Hospital de Urgências de Goiânia possui 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. A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelecer a SES-GO.

4.2.5.1 O suprimento de hemocomponentes a esta Agência Transfusional é realizado pelo Hemocentro Coordenador Estadual de Goiás Prof. Nion Albernaz (HEMOGO).

4.2.5.2 O serviço de hemoterapia da unidade integra 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.

4.2.5.3 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.

4.2.6 As obrigações do PARCEIRO PRIVADO quanto à agência transfusional (Serviço de Hemoterapia):

- Manter, ou providenciar a inclusão, do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário);
- 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;
- Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO (unidade de comando e direção da política estadual).
- 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.
- 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.
- Atender às necessidades terapêuticas dos usuários, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional.
- 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 e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO.
- 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.
- 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).
- 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.
- Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.
- Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.
- A Agência Transfusional deverá estar contemplada e/ou representada no mínimo, nas Comissões/Comitês.
- Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.
- Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.
- 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.
- Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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

4.3. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS HOSPITALARES

- 4.3.1. A Unidade Hospitalar deverá dispor de atendimento às urgências e emergências referenciadas e porta aberta, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pelo Complexo Regulador Estadual, 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.
- 4.3.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde.
- 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.

4.4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

4.4.1. Consultas Iniciais Médicas e Multiprofissionais 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 ao Complexo Regulador Estadual, 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 Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual 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, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

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

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

Quadro 02. Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do HUGO
Angiologia e Cirurgia Vasculare (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Cardiologia - exames pré operatórios (risco cirúrgico)
Cirurgia Geral (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Cuidado Paliativo - Paliativismo
Geriatria
Hematologia
Neurologia Clínica
Neurocirurgia
Ortopedia e Traumatologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Pneumologia
Urologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

Quadro 03. Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Especialidades Multiprofissionais da Saúde iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do HUGO
Cirurgia Buco Maxilo Facial
Enfermagem (egresso)
Fisioterapia (egresso)
Fonoaudiologia (egresso)
Nutrição (egresso)
Psicologia (egresso)

4.5. SADT EXTERNO

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

4.6. SERVIÇOS DE APOIO

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

4.6.2. **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.

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

4.6.4. **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.

4.6.5. **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.

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

4.7 ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS E TECIDOS - OPO

4.7.1. A Organização de Procura de Órgãos e Tecidos no HUGO está definida conforme Portaria nº 2.601 - GM/MS, de 21 de outubro de 2009 que institui no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos como mecanismo de coordenação supra hospitalar responsável por organizar, apoiar, no âmbito de sua atuação, as atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção do possível doador, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do processo, a construção de parcerias, o desenvolvimento de atividades de trabalho e a capacitação dos profissionais para identificação e efetivação da doação de órgãos e tecidos;

4.7.2. A OPO fará parte da estrutura organizacional da Gerência de Transplantes de Goiás - GERTRAN subordinada à Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás, da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO;

4.7.3. A avaliação da OPO será realizada pela GERTRAN e pelo Sistema Nacional de Transplantes - SNT, através de relatórios de produtividade, relatórios observacionais do HUGO e de outros mecanismos que doravante sejam instituídos. Os indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência também serão definidos pela referida Gerência.

5. PROGRAMAS 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 2116/2021 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. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados.

- a) Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal.
- b) Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime mensal.
- c) Relatório de Custos, em regime trimestral.
- d) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

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

7.3. Em atendimento às determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do **PARCEIRO PÚBLICO**, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

II - METAS DE PRODUÇÃO

8. REGRA GERAL

8.1. São apresentados as metas de produção contratualizados com o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO, para o período de 12 meses, referentes aos serviços assistenciais, conforme monitoramento e necessidade as metas podem ser alterados sempre que necessário, conforme

avaliação de demanda.

8.2 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente a Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

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 assistencial, os seguintes critérios:

8.4.1. Internações Hospitalares

- a) saídas Clínicas
- b) saídas Cirúrgicas
- c) saídas cirúrgicas programadas

8.4.2. atendimentos Ambulatoriais:

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

8.4.3. SADT Externo: exames e ações de apoio e diagnóstico.

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.

8.6 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência regulados ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

Quadro 04. Quadro síntese de metas do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Dimensão	Descrição	Meta mensal	Meta anual
Internação	Clínica Cirúrgica	1.122	13.464
	Clínica Médica	529	6.348
Cirurgias	Cirurgias Programadas (Eletivas)	482	5.784
Atendimentos Ambulatoriais	Consulta médica na Atenção Especializada	3.000	36.000
	Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	1.500	18.000
	Procedimentos Programados Ambulatoriais	520	6.240
SADT EXTERNO	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)	60	720
	Ressonância Nuclear Magnética	250	3.000
	Tomografia Computadorizada	450	5.400
	Ultrassonografia	200	2.400
	Ultrassonografia /doppler	120	1.440

8.7. INTERNAÇÕES HOSPITALARES

8.7.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente **saídas hospitalares em clínica cirúrgica e clínica médica**, com variação de $\pm 10\%$ de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Quadro 05. Metas de saídas hospitalares para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Dimensão	Descrição	Meta mensal	Meta anual
Internação	Clínica Cirúrgica	1.122	13.464
	Clínica Médica	529	6.348

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

8.7.2.1. As saídas clínicas contemplam também as saídas neurológicas (TMP de 6 dias), especialidades (TMP de 5 dias) e carcerário (TMP de 3 dias).

8.7.2.2. As saídas cirúrgicas contemplam também as cirurgias programadas (eletivas) e de urgência/emergência.

8.7.2.3 As saídas cirúrgicas contemplam também as saídas ortopédicas de urgência (TMP de 6 dias), saídas ortopédicas programadas (TMP de 3 dias), especialidades de urgência (TMP de 5 dias) e especialidades programadas (TMP de 2,5 dias).

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

8.8. CIRURGIAS PROGRAMADAS

8.8.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente cirurgias programadas, com variação de $\pm 10\%$:

Quadro 06. Metas de saídas cirúrgicas (programadas) para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Cirurgias Programadas	Meta mensal	Meta Anual
Programadas ortopedia	172	2.064
Programadas especialidades	310	3.720

8.8.2. As cirurgias programadas estão contempladas nas saídas cirúrgicas.

8.9. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS (âmbito hospitalar)

8.9.1. 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 referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar.

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

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

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

8.10. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

8.10.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar um número de **atendimento ambulatorial em Consultas Médicas** mensais de 3.000 consultas e Consulta Não Médica na Atenção Especializada mensais de 1.500 consultas, com variação de até 10%.

Quadro 07. Metas de consultas ambulatoriais para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Atendimento Ambulatorial	Meta Mensal	Meta Anual
Consulta Médica na Atenção Especializada	3.000	36.000
Consulta Não Médica na Atenção Especializada	1.500	18.000

8.10.2. O Atendimento Ambulatorial deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, no mínimo, atendendo usuários egressos do próprio Hospital e demanda regulada do Complexo Regulador Estadual.

8.10.3. As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

8.10.4 As consultas realizadas pela Enfermagem poderão configurar consultas ambulatoriais se atenderem ao Decreto Lei n.º 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas da consulta: análise dos dados contidos no prontuário; entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento; diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro), resultado da

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

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

8.10.6. O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, apresentada pelo próprio hospital e posteriormente processada e faturada pelo Ministério da Saúde.

8.11. SADT EXTERNO

8.11.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização de exames de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia e ultrassonografia /doppler, para pacientes externos, com variação de até $\pm 10\%$, sendo os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

8.11.2. A Unidade Hospitalar deverá ofertar mensalmente para pacientes externos, com variação de até $\pm 10\%$, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia e ultrassonografia /doppler sendo os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

Quadro 08. Metas de exames para o SADT Externo do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Exame	Meta mensal	Meta 12 meses
Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)	60	720
Ressonância magnética	250	3.000
Tomografia computadorizada	450	5.400
Ultrassonografia	200	2.400
Ultrassonografia /doppler	120	1.440

8.12. HOSPITAL DIA

8.12.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar 520 Procedimentos Programados Ambulatoriais, intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar, com variação de até $\pm 10\%$.

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

Quadro 9. Metas de atendimentos para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Hospital Dia	Meta mensal	Meta 12 meses
Procedimentos Programados Ambulatoriais	520	6.240

III - INDICADORES DE DESEMPENHO

9. 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.

9.1. 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.

9.2. Os quadros a seguir apresentam os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro 10- Síntese de Metas de Indicadores de Desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	$\geq 85\%$
Média de Permanência Hospitalar	≤ 7 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 30
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	$\leq 5\%$

Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤20%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 3%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
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%

Obs.: * Deverão ser informados mensalmente os seguintes indicadores:

- Percentual de ocorrência de rejeições no SIH até a obtenção das habilitações em traumatologia, Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia. Pós habilitação irá compor o cálculo de meta de desempenho.

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

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

9.2.3. 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: $[(100 - Taxa\ de\ ocupação\ hospitalar) \times Média\ de\ tempo\ de\ permanência] / Taxa\ de\ ocupação\ hospitalar]$

9.2.4. Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

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

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

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

9.2.5. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

Conceituação: O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e 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: $[Número\ de\ pacientes\ readmitidos\ entre\ 0\ e\ 29\ dias\ da\ última\ alta\ hospitalar / Número\ total\ de\ internações\ hospitalares] \times 100$

9.2.6. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

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

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

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

O Percentual de ocorrência de rejeições será apenas informado até que o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO obtenha as habilitações em traumatologia-ortopedia e Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia quando passará a ser monitorado e avaliado para a composição do cálculo de desempenho.

9.2.7. 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.

9.2.8. 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

9.2.9 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

9.2.10 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.

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

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

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

**exames externos*

9.2.12 Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS

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

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

ANEXO II do Termo de Referência

ENSINO E PESQUISA

2. ENSINO E PESQUISA

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

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

2.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, 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.

2.4. 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.

2.5. 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.

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

Saúde de Goiás - SES/GO.

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

2.8 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria nº 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

2.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

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

2.11. 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.

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

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

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

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

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

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

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

2.19. 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.

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

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

3.2. 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.

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

3.4. 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.

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

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

3.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre 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.

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

3.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado (pelo Centro de Seleção da UFG) e acompanhado pela SESG por meio da assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMES), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SESG/SES-GO.

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

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

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

3.13. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar, obrigatoriamente, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU.

4. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

- 4.1. 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.
- 4.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
- 4.3. 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.
- 4.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.
- 4.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).
- 4.6. Quando cabível, competirá 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.
- 4.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.
- 4.7.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: <http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm>
- 4.8. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.
- 4.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, nos Programas de Residência Médica, o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

Quadro 01. Demonstrativo dos Programas de Residência Médica do Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO	Nº de Coordenador	Nº de Supervisores	Nº Preceptor	Nº de Residentes	Bolsa SES/GO
Anestesiologia	1	1	6	9	0
Cirurgia Geral		1	10	15	0
Clínica Médica		1	14	20	0
Geriatria		1	6	8	8
Neurologia		1	4	6	0
Cirurgia do Trauma		1	1	2	0
Cardiologia		1	3	4	4
Medicina Intensiva		1	6	8	6
Ortopedia e Traumatologia		1	10	15	3
Total		1	9	60	87

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

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

- 5.1. A Instituição sob gerenciamento 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.
- 5.2. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.
- 5.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS/SES-GO).
- 5.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (PRAPS).
- 5.5. 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.
- 5.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores, conforme quadro 02.

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

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

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

5.19. 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.

Quadro 02. Programa de Residência e em Área Profissional da Saúde, modalidade Multiprofissional, área de concentração Urgência e Trauma – HUGO

Programa de Residência em Urgência e Trauma	Coordenador	Tutor		Preceptor	Nº de Residentes	Bolsa SES/GO
		Campo	Núcleo			
Enfermagem	01	01	01	04	06	0
Farmácia			01	04	06	0
Fisioterapia			01	04	06	0
Fonoaudiologia			01	04	06	0
Nutrição			01	04	06	0
Psicologia			01	04	06	0
Serviço Social			01	04	06	0
TOTAL	01	08	28	42	0	

* Um tutor de núcleo para cada categoria profissional e um tutor de campo por área de concentração, conforme estabelece a Portaria Nº 1313/2020 – SES.

Quadro 03. Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade Uniprofissional, área de concentração Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – HUGO

Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial	Coordenador	Tutor		Preceptor	Nº de Residentes	Bolsa SES/GO
		Campo	Núcleo			
Odontologia	01	01	01	04	06	0
TOTAL	01	02*		04	06	0

* Um tutor de núcleo para cada categoria profissional e um tutor de campo por área de concentração, conforme estabelece a Portaria Nº 1313/2020 – SES.

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

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

6. DOS RECURSOS FINANCEIROS

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

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

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

6.4. No âmbito das Residências Médicas da SES-GO, há bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela SES-GO. Atualmente, destas, 66 (sessenta e seis) bolsas são financiadas pelo MS e 18 (dezoito) bolsas pela SES-GO. Todas as bolsas das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde são custeadas pelo MS (Quadro 04).

Quadro 04. Demonstrativo de custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no HUGO.

Discriminação da despesa	Número	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Custo com bolsas da Residência Médica (R\$ 4.106,09) + contribuição patronal*	21	4.927,31	103.473,51
Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor da COREME**	70	474,78	33.234,60
Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor da COREMU**	44	474,78	20.890,32
Despesa de custeio diverso por Residente COREME ***	87	730,00	63.510,00
Despesa de custeio diverso por Residente COREMU ***	48	730,00	35.040,00
Total Geral		-	256.148,43

Observações:

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

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

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

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

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

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

6.8. Em caso de não aplicabilidade adequada das despesas de custeio diverso apresentadas no Quadro 04, a SESG, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades referentes à Residência, poderá indicar e solicitar o desconto financeiro/glosa do valor não aplicado.

7. ESTÁGIOS CURRICULARES

- 7.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.
- 7.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020 e Portaria nº 225/2021 – SES/GO, de 22 de fevereiro de 2021, ou outras que venham substituí-las.
- 7.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, em conformidade com o quantitativo máximo previsto na legislação regulamentadora dos estágios.
- 7.4 A distribuição das vagas para estágios será organizada e orientada **exclusivamente** pela SESG.

8. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

- 8.1. 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.
- 8.2. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAC à SESG, via protocolo no SEII, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Contrato de Gestão ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.
- 8.3 A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, **semestralmente**, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.
- 8.3.1 Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, **trimestralmente**.

ANEXO Nº III - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2021 - GGDP- 03087

Este anexo constitui parte integrante ao Contrato de Gestão para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços no **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz - HUGO**. Objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução do Contrato e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. Este anexo compõe-se de duas partes **(I) Especificações Técnicas**, que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e **(II) Quadro de Servidores cedidos**.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1.0 **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

- 1.1 Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.
- 1.2 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.
- 1.3 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. 2.221/2018, de 24 de janeiro de 2019, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no CONTRATO DE GESTÃO.
- 1.4 Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao 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.
- 1.5 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.
- 1.6 Assegurar desenvolvimento de 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.
- 1.7 Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda as condições mínimas necessárias ao descanso dos servidores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão.
- 1.8 Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado disponibilizando a leitura e migração do banco de dados.
- 1.9 Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.
- 1.10 Implementar protocolo e executar ações de prevenção e de enfrentamento às práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade .
- 1.11 Em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE DO CONTRATO DE GESTÃO, será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte **(II) Quadro de Servidores cedidos**, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO.
- 1.12 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.
- 1.13 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;
- 1.14 A dedução de que trata o item 1.11 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à 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;

- 1.15 O **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos.
- 1.16 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.
- 1.17 A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.
- 1.18 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**.
- 1.19 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.
- 1.20 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica.
- 1.21 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**.
- 1.22 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.
- 1.23 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.
- 1.24 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.
- 1.25 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 nº 8.940, de 17 de abril de 2017 e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente.
- 1.26 É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que previsão legal e houver compatibilidade de horários, **assim entendida, a comprovação da viabilidade do efetivo e integral cumprimento da carga horária, tanto no cargo público quanto no emprego privado.**
- 1.27 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.
- 1.28 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.
- 1.29 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.
- 1.30 Assegurar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, livre acesso às dependências da unidade para fins de visita técnica da equipe Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT.

II – QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO - Dez/2021.		
Cargos	Total de Servidores cedidos*	Valor estimado por cargo
Assistente Técnico de Saúde - 18.464	1	R\$ 6.535,15
Auxiliar de Enfermagem - QT - 18.464	42	R\$ 217.690,94
Auxiliar de Necropsia - QT - 18.464	1	R\$ 5.378,56
Auxiliar de Radiologia - QT - 18.464	7	R\$ 36.272,81
Auxiliar Técnico de Saúde - QT - 18.464	2	R\$ 9.009,65
Cirurgião-Dentista - 18.464	13	R\$ 155.367,59
Enfermeiro - 18.464	1	R\$ 9.464,09
Fonoaudiólogo - 18.464	1	R\$ 12.233,30
Médico - 18.464	99	R\$ 1.405.488,85
Médico AS4 - 15.337	1	R\$ 7.324,15
Odontólogo - M SAÚDE	2	R\$ 5.989,40
Técnico em Enfermagem - 18.464	113	R\$ 773.792,02

Técnico em Imobilização Ortopédica - 18.464	3	R\$ 16.320,47
Técnico em Necrópsia - 18.464	1	R\$ 10.524,68
Técnico em Radiologia - 18.464	43	R\$ 308.408,39
Técnico em Radiologia - M SAÚDE	2	R\$ 3.266,96
TOTAL GERAL	332	R\$ 3.027.559,21
Custo Total Mensal Estimado **	R\$ 2.983.067,01 (dois milhões, novecentos e oitenta e três mil, sessenta e sete reais e um centavo)	
Fonte: RHNet Ref: Dez/2021		

Observações * e ** As informações referentes ao quantitativo de servidores cedidos, bem como, do custo estimado representam valores identificados no momento da leitura dos dados extraídos do sistema RHNet. Podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos e pagamentos de benefícios.

Anexo IV do Termo de Referência

1. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO):

- 1.1 Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a **estimativa** do custeio operacional do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, o qual será objeto de seleção de instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização Social em Saúde (OSS) e, posterior, 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.
- 1.2. Para o cálculo **estimado** do custo operacional, foram considerados os dados contidos no Anexo I (000026124340), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT/SAIS.
- 1.3. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas no Anexo I (000026124340), o **PARCEIRO PRIVADO** deverá encaminhar **mensalmente**, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE HOSPITALAR**.
- 1.4. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.
- 1.5. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.
- 1.6. 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.
- 1.7. O Sistema Integrado das Organizações Sociais (SIGOS) disponibilizado na *Internet* emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **Parceiro Privado** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

2. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

2.1 A estimativa dos custos operacionais do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, foi segmentada conforme **possíveis linhas de contratação**. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pela Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS, no Anexo I (000026124340), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT.

Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu-se os seguintes critérios:

- Capacidade física instalada e operacional da Instituição;
- Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)* de outras unidades;
- Tempo Médio de Permanência, por área e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes;
- Legislação relacionada ao perfil de atendimento.

2.2. Todavia, os cálculos foram realizados conforme a possibilidade das **Internações Hospitalares**, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do paciente.

3. MÉTODO DE CÁLCULO

3.1. Metodologia

3.1.1 Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de

relatórios contábeis e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

3.1.2. Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foi disponibilizado algoritmo de base de cálculo pela consultora Planisa, sendo consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

- a) Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante e certificação de qualidade.
- b) Tomar conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial.
- c) Seleção de hospitais (N) na base de dados da Planisa (sistema KPIH) com perfis semelhantes a Unidade.

3.1.3 Para o cálculo, a Planisa forneceu percentis (ver em item 3.2) 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.

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

3.1.5. Para os demais itens da tabela de precificação, 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% e de janeiro a dezembro de 2021, no valor de 5,69%. A Planisa não fornece para esses serviços base de dados do ano de 2020 e 2021, e diante deste fato foi necessária a aplicação do valor referente à FIPE Saúde.

3.1.6. A impossibilidade de fornecimento e utilização de uma base de dados de 2020 e 2021 para os serviços referidos no parágrafo anterior é justificada pelo fato de que os anos de 2020 e 2021 foram cercados de atipicidade, sendo inteiramente marcados 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 embarços de ordem logística.

3.1.7. A relatada situação, conforme alega a consultora, impede a instituição de um sistema de custos fidedigno para a referência de 2020 e 2021 neste tipo de linha assistencial, restando a base de 2019 como a mais recente possível de ser utilizada.

3.1.8. 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.

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

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

3.2. Percentis (25, 50 e 75)

3.2.1. 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.

3.2.2. 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.

3.2.3. Esta unidade 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.

3.2.4. 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.

3.3. Memória de cálculo

3.3.1. 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 e de 90% para as UTI's. 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. Média de permanência de 7 dias UTI.

Internação	Nº leitos	TOH	Quantidade dias do mês*	Pacientes Dia Projetado
UTI Adulto	57	90%	30,4	1.560
Clínica Cirúrgica	188	85%	30,4	4.858
Clínica Médica	84	85%	30,4	2.171

Clínica Neurológica	10	85%	30,4	258
Carcerário	06	85%	30,4	155

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

3.3.2. O custeio do “Hospital dia” foi estimado multiplicando a quantidade de atendimentos previstos pelo custo unitário praticado pela própria unidade, exclu-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	20	660

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

3.3.3. O custeio das *cirurgias*

3.3.3.1 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	3.500

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

3.3.4. 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 na atenção especializada	3000
Consulta Multiprofissional na atenção especializada	1500

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

3.3.5. 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	2500

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

3.3.6. 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	450
Eletrocardiograma	300
Endoscopia	80
Colonoscopia	80
CPRE	90
Broncoscopia	103
Citoscopia	60
Fisioterapia	5.500
Psicologia	350
Fonoaudiologia	1.252
Odontologia	350
Hemodiálise	294
Ultrassonografia / Doppler	200
Raios X	5.500
Tomografia	3.500
Ultrassonografia	200
Análises Clínicas	36.510
Ressonância Magnética	350

3.4. Atualização de Valores

3.4.1. Foi aplicado **índice FIPE-Saúde** (acumulado de janeiro a dezembro de 2020, em 3,67% e janeiro a dezembro de 2021, em 5,69%), para atualização dos custos das linhas de serviço em que não foi aplicado o *benchmark* de 2020/2021, incidindo-se diretamente nos valores relativos ao *benchmark* externo, do ano de 2019, (dado o Déficit inflacionário considerável), e não aos valores do Hospital, que teve alteração em seu perfil assistencial. 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.

3.4.2. 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 2020/2021, pela Planisa.

3.4.3. A utilização do *benchmark* de 2019 para as linhas de serviços que ainda não foram compreendidas no *benchmark* de 2020/2021 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.

3.4.4. 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.

4. VALOR MENSAL ESTIMADO

4.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, é de **R\$17.579.931,04** (dezesete milhões, quinhentos e setenta e nove mil novecentos e trinta e um reais e quatro centavos), no percentil P50.

4.2. O montante global a ser repassado é de **R\$843.836.689,92 (oitocentos e quarenta e três milhões, oitocentos e trinta e seis mil seiscentos e oitenta e nove reais e noventa e dois centavos)**, para os 48 (quarenta e oito meses) de vigência contratual, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde.

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

HUGO - CHAMAMENTO							
DESCRIÇÃO							
1. SERVIÇOS HOSPITALARES	META	PERCENTIL 25	PERCENTIL 50	PERCENTIL 75	PERCENTIL 25	PERCENTIL 50	PERCENTIL 75
1.1 Paciente Dia (c/HM e c/ Mat/Med)	Quantidade						
UI Clínica Cirúrgica	Pcte dia 4.858	537,60	620,42	685,41	2.611.660,80	3.014.000,36	3.329.721,78
UI Clínica Médica	Pcte dia 2.171	592,21	707,40	711,19	1.285.687,91	1.535.765,40	1.543.993,49
UTI Adulto	Pcte dia 1.560	1.777,22	2.078,23	2.225,53	2.772.463,20	3.242.038,80	3.471.826,80
Enfermaria Adulto Neurologia	Pcte dia 258	592,21	707,40	711,19	152.790,18	182.509,20	183.487,02
Leitos Carcerários	Pcte dia 155	592,21	707,40	711,19	91.792,55	109.647,00	110.234,45
hospital Dia	Pcte dia 660	349,73	598,84	788,79	230.821,80	395.234,40	520.601,40
					7.145.216,44	8.479.195,16	9.159.864,94
1.2 Unidade Cirúrgica (c/HM e c/ Mat/Med)	horas						
Horas Cirúrgicas	3.500	1.366,58	1.492,75	1.868,50	4.783.030,00	5.224.625,00	6.539.750,00
					4.783.030,00	5.224.625,00	6.539.750,00
2. SERVIÇOS EMERGENCIAIS E AMBULATORIAIS							
2.1 Emergência (c/HM e c/ Mat/Med)							
Pac Atend. consulta	Atendimento 2.500	157,23	261,19	309,24	393.075,00	652.975,00	773.100,00
2.2 Ambulatorial (c/HM e c/ Mat/Med)							
Ambulatório Médico	Consulta 3.000	72,78	105,47	120,98	218.340,00	316.410,00	362.940,00
Ambulatório Multiprofissional	Consulta 1.500	28,87	46,12	67,82	43.305,00	69.180,00	101.730,00
					654.720,00	1.038.565,00	1.237.770,00
3. SERVIÇOS DE SADT (c/HM e c/ Mat/Med)							
Agência Transfusional	Bolsa transfundidas 450	199,64	300,02	444,31	89.838,00	135.009,00	199.939,50
Eletrocardiograma	Exame 300	12,03	14,40	25,14	3.609,00	4.320,00	7.542,00
Endoscopia	Exame 80	253,41	314,90	519,53	20.272,80	25.192,00	41.562,40
Colonoscopia	Exame 80	253,41	314,90	519,53	20.272,80	25.192,00	41.562,40
CPRE	Exame 90	253,41	314,90	519,53	22.806,90	28.344,00	46.757,70
Broncoscopia	Exame 103	253,41	314,90	519,53	26.101,23	32.434,70	53.511,59
Citoscopia	Exame 60	253,41	314,90	519,53	15.204,60	18.894,00	31.171,80
Fisioterapia	Sessão 5.500	15,41	21,01	25,20	84.755,00	115.555,00	138.600,00
Psicologia	Sessão 350	24,13	43,69	69,11	8.445,50	15.291,50	24.188,50
Fonoaudiologia	Sessão 1.252	21,01	26,87	30,97	26.296,36	33.630,80	38.762,41
Odontologia	Atendimento 350	77,50	85,70	93,80	27.125,00	29.995,00	32.830,00
Hemodiálise	Sessão 294	328,76	383,66	943,02	96.635,40	112.772,66	277.190,40
Ultrassonografia / Doppler	Exame 200	167,80	198,50	229,20	33.560,00	39.700,00	45.840,00
Raios X	Exame 5.500	15,40	18,30	25,10	84.700,00	100.650,00	138.050,00
Tomografia	Exame 3.500	43,25	62,50	84,43	151.375,00	218.750,00	295.505,00
Ultrassonografia	Exame 200	58,07	64,05	107,43	11.614,00	12.810,00	21.486,00
Análises Clínicas	Exame 36.510	6,06	7,91	9,42	221.250,60	288.794,10	343.924,20
Ressonância Magnética	Exame 350	181,38	273,05	300,60	63.483,00	95.567,50	105.210,00
					1.007.345,19	1.332.899,25	1.883.633,90
TOTAL S/ FIPE						13.590.311,63	18.821.018,84
FIPE SAUDE ACUM, 2020 (JAN-DEZ) EM 3,67 %						498.764,44	690.731,39
FIPE SAUDE ACUM, 2021 (JAN-DEZ) EM 5,69 %						773.288,73	1.070.915,97
TOTAL C/ FIPE					14.862.364,80	17.579.931,04	20.582.666,20
1 Índice FIPE SAUDE (fonte: https://www.strategyconsultoria.com.br/index.php?p=indicadores.php&G=1) acessado em 18.01.2022)							

Referência Bibliográfica:

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**. Brasília-DF, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

**ANEXO V DO TERMO DE REFERÊNCIA
SISTEMA DE REPASSE/2021 - GAQS- 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 a ser contratada será conforme Anexo I (000026124340), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT/SAIS.

1.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**:

a) **Internação:**

a.a) Saídas de Clínica Médica;

a.b) Saídas Cirúrgicas;

a.c) Saídas Cirúrgicas Programadas

a.d) Saídas Leito Dia (Cirurgias ambulatoriais): intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

a.e) Internações em leitos de UTI;

b) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

c) 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.

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 426/2021** 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 I (000026124340), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT/SAIS

3. SISTEMA DE REPASSE

3.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), é de **R\$17.579.931,04 (dezessete milhões, quinhentos e setenta e nove mil novecentos e trinta e um reais e quatro centavos)**, no percentil P50.

3.2. O montante global a ser repassado é de **R\$843.836.689,92 (oitocentos e quarenta e três milhões, oitocentos e trinta e seis mil seiscentos e oitenta e nove reais e noventa e dois centavos)**, para os 48 (quarenta e oito meses) de vigência contratual, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde.

3.3. Do montante estimado mensalmente, a **parte fixa, 90% (noventa por cento)**, corresponde ao valor de **R\$15.821.937,94 (quinze milhões, oitocentos e vinte e um mil novecentos e trinta e sete reais e noventa e quatro centavos)** por mês, distribuído percentualmente nos termos indicados na seguinte **TABELA 1**:

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	PORCENTAGEM (%)
Internações Hospitalares	52%
Cirurgias	32%
Atendimento ambulatorial	6%
SADT	10%
TOTAL: 100%	

3.4. Do montante estimado mensalmente, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor mensal de **R\$1.757.993,10 (um milhão, setecentos e cinquenta e sete mil novecentos e noventa e três reais e dez centavos)**, sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**.

- 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. 000026936029).
- 3.6. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, **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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**.
- 3.7. 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, IV e V, a Organização Social **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**.
- 3.8. **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.**
- 3.9. As informações deverão ser enviadas **até o dia 10 (dez) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.
- 3.10. Os resultados deverão ser apresentados pelo PARCEIRO PRIVADO mensalmente.
- 3.11. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGOS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pelo Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.
- 3.12. 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.
- 3.13. 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.
- 3.14. 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.
- 3.15. A cada período de 03 (três) 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.
- 3.16. A cada 03 (três) 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.**
- 3.17. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.
- 3.18. 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.
- 3.19. 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.
- 3.20. 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 trimestre avaliado.**
- 3.21. 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.
- 3.22. **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.**
- 3.23. O PARCEIRO PÚBLICO **realizará mensalmente**, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.
- 3.24. 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. Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**
- 4.2. 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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)* a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I (v. 000026124340) 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 DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR VALDEMIRO CRUZ (HUGO)

MODALIDADE CONTRATAÇÃO	DE	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Internações Hospitalares		Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Peso 52%	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos

Cirurgias Peso 32%	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
	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
Atendimento Ambulatorial Peso 6%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
SADT Externo Peso 18%	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

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

Σ (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 4 - 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

10.1.1. Roteiro para elaboração da Proposta de Trabalho.

10.1.2. 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.

10.1.3. 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.

10.1.4. 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.

10.2. Título

10.2.1. Proposta de Trabalho para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, na Unidade, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº _____/2021.

10.3. Proposta de Modelo Gerencial

10.3.1. Este item deverá caracterizar o modelo gerencial da Proposta de Trabalho no **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, descrevendo:

10.3.2. Critério 1: ÁREA DE ATIVIDADE

10.3.2.1. 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.

10.3.3. Critério 2: ÁREA DE QUALIDADE

10.3.4. 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.

10.3.5. 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 Revisão 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) 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.
- s) 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.
- t) Comissão Interna de Qualidade: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- u) Comissão de Padronização de Produtos para Saúde: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- v) 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.
- w) Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual. Acompanhar as notificações realizadas, prestando contas aos órgãos fiscalizadores.

- x) 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. Acompanhar, monitorar, comunicar as unidades referenciadas da OPO.
- y) Núcleo Interno de Regulação (NIR): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- z) Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB): Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.
- aa) 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.
- ab) Outras comissões: Proposta de Constituição (membros, finalidade). Proposta de Regimento Interno. Cronograma de Atividade Anual.

10.3.6. 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.

10.4. Critério 3: QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

10.4.1. 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.

10.4.1.1. Experiência anterior em Gestão de Unidade de Saúde: Certificar mediante apresentação de documentos comprobatórios das experiências da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo, atestados ou certificados, expedidos por pessoa jurídica de direito público ou privado, na execução de serviços de saúde de natureza similar ao objeto deste edital, incluindo o prazo da atividade desempenhada. A mesma unidade de saúde pontuará somente uma vez no mesmo Grupo:

Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo no gerenciamento de Unidade Hospitalar por quantidade igual ou superior a 200 leitos.

Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo no gerenciamento de Unidade Hospitalar por quantidade igual ou superior a 100 leitos.

Experiência da Organização Social ou dos gestores do corpo diretivo no gerenciamento de Unidade Hospitalar por quantidade igual ou superior a 50 leitos.

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

10.4.1.2. Para finalidade da avaliação do Item 3.4.1.1, os documentos devem conter: i) a identificação da pessoa jurídica emitente; ii) nome e o cargo do signatário; iii) timbre do emitente; período de vigência do contrato; iv) objeto contratual com descrição das atividades compatível com a proposta do Edital de Chamamento Público sob responsabilidade direta da Organização Social.

10.5. Estrutura e experiência da Diretoria:

Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo.

Apresentação da Titulação de especialistas em administração/gestão hospitalar dos membros da diretoria e coordenações.

Descrição do organograma da Unidade até o segundo nível: Diretorias e gerências.

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 prestado, dos postos correspondentes aos dois primeiros níveis.

10.6. Implementação de Serviços e Funcionamento de Equipe Interdisciplinar

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).

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.

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

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

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

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

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

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.

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

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

Compatibilização da Proposta de Trabalho com as diretrizes da SES.

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.

10.7. Implementação e Funcionamento de Outros Serviços

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

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

Normas para o funcionamento do serviço de **Administração Geral** com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.

Normas para realização dos procedimentos de **aquisição, recebimento, guarda e distribuição** de materiais no Hospital.

Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares.

Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de **limpeza, vigilância e manutenção predial**.

Descrição de funcionamento da **unidade de faturamento**, bem como horários de trabalho; estrutura de chefia; membros e vínculo com o Hospital.

Volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa.

10.8. Ciência e Tecnologia

Apresentação de convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências.

Parcerias com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência hospitalar e/ou de saúde pública.

Apresentação de projeto em educação permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar da unidade hospitalar.

10.9. Política de Gestão do Trabalho

Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.

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.

Implantação do Programa de Acolhimento: equipe necessária, sistemática de trabalho, horário de funcionamento.

Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.

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.

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.

10.10. Metodologia de Projetos

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.

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:

Critério	Itens de avaliação	Pontuação máxima possível
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
Total:		20 pontos
FA2. Área de Qualidade Adequação da proposta de atividade assistencial à capacidade da Unidade.	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. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);	
	2.1.19. Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;	
	2.1.20. Comissão Interna de Qualidade;	
	2.1.21. Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;	
	2.1.22. Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;	
	2.1.23. Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;	
	2.1.24. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;	
	2.1.25. Núcleo Interno de Regulação (NIR);	
	2.1.26. Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);	
	2.1.27. Comitê de Compliance;	
	2.1.28. Outras Comissões	
	2.2. Ações voltadas à Qualidade Subjetiva: 2.2.1. Acolhimento 2.2.2. Atendimento (incluindo, pesquisa de satisfação)	08 pontos
Total:		20 pontos
FA3. Qualificação Técnica Adequação entre os meios sugeridos, seus custos, cronogramas e resultados presumidos.	3.1. Experiência anterior da Organização Social e de seus gestores	19 pontos
	3.2. Estrutura e experiência da Diretoria	09 pontos
	3.3. Implementação 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
Total:		60 pontos
Pontuação Máxima Total		100 pontos

ANEXO IV**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:

1 – Área de atividade: Avalia as ações propostas para a organização da unidade.			Pontuação 20 pontos	
			Item (unitário)	Total
Organização das atividades I	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 pontos	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 pontos	

Incrementos de Atividades	Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais	04 pontos	04 pontos
TOTAL DE PONTOS:			20 pontos

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 Biossegurança	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)	0,25 pontos	0,5
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pontos	
	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,25 pontos	0,5
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pontos	
	Comissão de Verificação de Óbitos	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,25 pontos	0,5
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pontos	
	Comissão de Residência Médica (COREME)	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,25 pontos	0,5
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 pontos	
	Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,25 pontos	0,5
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,25 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	

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 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	
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 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	
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 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	
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	
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	

	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		
	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 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		
	Comitê de Compliance	Proposta de Constituição (membros, finalidade)	0,2 pontos	0,4	
		Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual	0,2 pontos		
	Outras Comissões	Proposta de Constituição (membros, finalidade).	0,2 pontos	0,4	
		Proposta de Regimento Atividade Anual.	0,2 pontos		
	Qualidade Subjetiva: Avalia medidas de promoção da relação humana e apoio social na comunidade interna e externa do Hospital : Acolhimento e Atendimento	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 ponto	4
			Instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários	2 ponto	
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 ponto	4	
		Proposta de implantação de ouvidoria vinculada a SES, com pesquisa de satisfação.	2 ponto		
TOTAL DE PONTOS:				20	

3. Qualidade Técnica

No conjunto da proposta corresponde a **60 pontos positivos**. 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 que se propõe assistir. São referentes aos instrumentos demonstrados a seguir:

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:			
			Pontuação pontos
			60
		Item unitário	Item total
Experiência Anterior em Gestão	Experiência da Organização Social em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por	05	19 pontos

Hospitalar da proponente ou de seu corpo diretivo	quantidade igual ou superior a 200 leitos	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 Comission 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 hospitalar dos membros da diretoria e coordenações (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto)	04 pontos	
	Experiência mínima de 1 ano da Diretoria da Organização Social em Saúde (lotados na unidade) no gerenciamento de Unidade Hospitalar (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.	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 e bloco cirúrgico.	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	02	

	implantação.	pontos	
TOTAL DE PONTOS:			60 pontos

ANEXO V
JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

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

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

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

Itens de Despesas	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
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 07/2022

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei no **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, localizado na Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia - GO, todos os serviços descritos na PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 05/2022.

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 07/2022

_____ (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 07/2022

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que representando a Organização Social, denominada _____, compareci no **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, localizado na Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia - GO. 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 N° 013/2017 - TCE

Ref.: Chamamento Público nº 07/2022

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 07/2022

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 07/2022

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 05/2022, 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 07/2022

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 07/2022

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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, localizado na Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia - GO.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado 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, **SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA**, médico, 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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, 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 parceria, 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 publicação do ajuste na imprensa oficial 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 publicação do ajuste na imprensa oficial 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 semestralmente 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, abstenendo-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 guarnecem 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 art. 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 interposto 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 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 ilicitamente 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\$999.319.031,04 (novecentos e noventa e nove milhões trezentos e dezenove mil trinta e um reais e quatro centavos) para os 48 (quarenta e oito) meses.**

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\$ **249.829.758,00 (duzentos e quarenta e nove milhões oitocentos e vinte e nove mil setecentos e cinquenta e oito reais)**, em 12 (doze) parcelas mensais de R\$ **20.819.146,50 (vinte milhões oitocentos e dezenove mil cento e quarenta e seis reais e cinquenta centavos)**, respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da publicação do ajuste na imprensa oficial e os demais até o 05º 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 Orçamentária	2850	FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FES
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	26000232	TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO DO SUS- BLOCO DE MANUTENÇÃO DAS AÇÕES
Modalidade Aplicação	90	APLICAÇÕES DIRETAS

8.3. 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.

8.4. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na tabela do item 8.3 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 cm 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. Interpelações 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 a sua subscrição pelos partícipes, 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 afetar 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

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 ambulatorial 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) do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde (MS).

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 em horário padronizado, sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista).

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

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

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 na Unidade, disponibilizando a qualquer momento para a Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade observando as Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigentes.

1.7. Será de inteira responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela do 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 do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.8. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente do paciente por serviços médicos 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 *online* à Secretaria de Estado da Saúde, o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC n° 02, de 25 de janeiro de 2010 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médicos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal da SES ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido.

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

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 completo, registro civil e endereço completo da residência do usuário, bem como nome completo da mãe, 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 usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.
- b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.
- c) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade.
- d) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste 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 do usuário.
- Nome da mãe.
- Nome do Hospital.
- Localização do Hospital (endereço, município, estado).
- Motivo da internação (CID-10).
- Data de admissão e data da alta hospitalar.
- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
- Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.
- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".
- 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 em atendimento ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, por meio de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde.

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

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

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

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

1.20. Mensurar mensalmente a 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 da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

1.24. Alcançar os índices de desempenho 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 a Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual e incluindo essa informação 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 do Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador 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 e Comitês:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- 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.

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 controle e acompanhamento da infraestrutura de saúde que atenda às disposições da RDC nº 02/2010 da ANVISA, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943.

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 ambulatório à Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como à 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 atualizado dos equipamentos médicos, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de

produzir uma listagem impressa quando forem necessárias essas informações. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário e o registro dos referidos equipamentos devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade 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** a 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 - PNHAAH.
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNHAAH) 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.
 - 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 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 Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;
- 1.39 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.
- 1.40. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.
- 1.40.1. 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.
- 1.40.2. A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe.
- 1.40.3. 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.
- 1.40.4. O **PARCEIRO PRIVADO** adotar 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.
- 1.40.5. O **PARCEIRO PRIVADO** compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de radiologia.
- 1.40.6. 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.
- 1.41. Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e conforme as diretrizes do SUS.
- 1.42. Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:
- 1.42.1. Manter a Agência Transfusional (AT) em pleno funcionamento;
- 1.42.2. Manter e/ou 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, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional;
- 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 Estadual Prof. Nion Albernaz (HEMOGO) 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-GO, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica. Apresentar à Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS o programa de capacitação (plano de educação permanente), para análise/validação, e atender às recomendações e/ou determinações de alteração definidas por esta Coordenação.

1.42.12. Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador (HEMOGO), 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.

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 HEMOGO e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO e/ou HEMOGO.

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 eventualmente distribua hemocomponentes mediante autorização da SES-GO.

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. A Agência Transfusional deverá estar contemplada e/ou representada no mínimo, nas seguintes Comissões /Comitês:

- Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde.
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT.
- Comitê da Qualidade.
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos.

- Núcleo de Segurança do Paciente.

1.42.28. 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

1.42.29. Manter sempre atualizado os respectivos prontuários e registros dos pacientes, relacionados aos procedimentos hemoterápicos e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.

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

1.42.31. 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.

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

1.42.33. 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.

1.42.34. 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.

1.42.35. 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.

1.42.36. 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.

1.42.37. 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.

1.42.38. Deverá receber visitas, prestar as devidas informações, adotar as recomendações e atender às solicitações do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH).

1.42.39. Deverá manter estoque em qualidade e quantidades suficientes de matéria-prima, medicamentos, material médico-hospitalar e correlatos, necessários só podendo utilizar os produtos registrados na ANVISA e/ou com dispensa formal do registro, sendo vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas no Território Nacional.

1.42.40. Deverá, sob Supervisão da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS/SES-GO e atendendo aos fluxos por ela estabelecidos, realizar o remanejamento de hemocomponentes entre Unidades de Saúde da Rede Pública Estadual, Municipal, Serviços Privados e Filantrópicos do Estado de Goiás, sempre que necessário e autorizado.

1.42.41. Deverá manter programa e/ou ações permanentes para captação de doadores de sangue, direcionando-os ao HEMOGO;

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

1.42.43. 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. 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.

2.4. 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 Municipal e/ou Complexo Regulador Estadual.

2.5. 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.

2.6. 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 Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador 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.

2.7. 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.

2.8 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 de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO
- **CNES:** 2338262
- **Endereço:** Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia - GO.
- **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, Porta de Entrada (aberta), 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 de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO possui leitos gerais e leitos complementares, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 01. Capacidade Atual Instalada do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Descrição	Quantidade
UTI Adulto	57
Clínica Cirúrgica	188

Clínica Médica	84
Clínica Neurológica	10
Carcerário	06
Leito dia	20
Salas Cirúrgicas	10
Consultórios Ambulatoriais	10

* Na UTI Adulto há 01 leito de Hemodiálise que não comporá meta.

3.2.1.2. O hospital possui uma 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 é (e deverá continuar a ser) realizado pelo Hemocentro Coordenador Estadual Prof. Nion Albernaz (HEMOGO). 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 integra 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.

3.3. Perfil da Unidade

3.3.1. . O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade, Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Geral, Neurologia, Ortopedia/Traumatologia e Torácica); Clínica Médica (Cardiologia, Geral, Neurologia, Geriatria, Infectologia, Hematologia, Pneumologia e Vascular), regulados pelo Complexo Regulador Estadual, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Oeste mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. LINHAS DE SERVIÇOS

4.1.1. Para o funcionamento do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica;

a.b) Saídas Cirúrgicas;

a.c) Saídas Cirúrgicas Programadas

a.d) Saídas Leito Dia (Cirurgias ambulatoriais): intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

a.e) Internações em leitos de UTI;

b) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

c) 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.

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.

4.2.5 Composição de equipe mínima de profissionais, tais como Enfermeiro e Assistente Social, para atuarem no processo de desospitalização.

4.2.6. O Hospital de Urgências de Goiânia possui 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. A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelecer a SES-GO.

4.2.5.1 O suprimento de hemocomponentes a esta Agência Transfusional é realizado pelo Hemocentro Coordenador Estadual de Goiás Prof. Nion Albernaz (HEMOGO).

4.2.5.2 O serviço de hemoterapia da unidade integra 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.

4.2.5.3 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.

4.2.6 As obrigações do PARCEIRO PRIVADO quanto à agência transfusional (Serviço de Hemoterapia):

- Manter, ou providenciar a inclusão, do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário);
- 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;
- Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO (unidade de comando e direção da política estadual).
- 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.
- 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.
- Atender às necessidades terapêuticas dos usuários, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional.
- 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 e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO.
- 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.
- 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).
- 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.

- Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.
- Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.
- A Agência Transfusional deverá estar contemplada e/ou representada no mínimo, nas Comissões/Comitês.
- Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.
- Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.
- 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.
- Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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

4.3. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS HOSPITALARES

- 4.3.1. A Unidade Hospitalar deverá dispor de atendimento às urgências e emergências referenciadas e porta aberta, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pelo Complexo Regulador Estadual, 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.
- 4.3.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde.
- 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.

4.4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

4.4.1. Consultas Iniciais Médicas e Multiprofissionais 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 ao Complexo Regulador Estadual, 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 Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual 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, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

4.4.1.10. O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais e odontológicas), bem como os tipos de consultas (primeira/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de especialidades, dependendo da avaliação das mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida. Pontua-se, ainda, que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente, e que o **PARCEIRO PRIVADO** responsável pela administração da unidade terá 45 dias para realizar a modificação solicitada com relação as especialidades ofertadas.

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

Quadro 02. Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Especialidades Médicas iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do HUGO
Angiologia e Cirurgia Vascular (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Cardiologia - exames pré operatórios (risco cirúrgico)
Cirurgia Geral (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Cuidado Paliativo - Paliativismo
Geriatria
Hematologia
Neurologia Clínica
Neurocirurgia
Ortopedia e Traumatologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)
Pneumologia
Urologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico)

Quadro 03. Especialidades Multiprofissionais iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Especialidades Multiprofissionais da Saúde iniciais a serem oferecidas no Ambulatório do HUGO
Cirurgia Buco Maxilo Facial
Enfermagem (egresso)
Fisioterapia (egresso)
Fonoaudiologia (egresso)

Nutrição (egresso)
Psicologia (egresso)

4.5. SADT EXTERNO

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

4.6. SERVIÇOS DE APOIO

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

4.6.2. 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.

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

4.6.4. 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.

4.6.5. 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.

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

4.7 ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS E TECIDOS - OPO

4.7.1. A Organização de Procura de Órgãos e Tecidos no HUGO está definida conforme Portaria nº 2.601 - GM/MS, de 21 de outubro de 2009 que institui no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos como mecanismo de coordenação supra hospitalar responsável por organizar, apoiar, no âmbito de sua atuação, as atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção do possível doador, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do processo, a construção de parcerias, o desenvolvimento de atividades de trabalho e a capacitação dos profissionais para identificação e efetivação da doação de órgãos e tecidos;

4.7.2. A OPO fará parte da estrutura organizacional da Gerência de Transplantes de Goiás - GERTRAN subordinada à Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás, da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO;

4.7.3. A avaliação da OPO será realizada pela GERTRAN e pelo Sistema Nacional de Transplantes - SNT, através de relatórios de produtividade, relatórios observacionais do HUGO e de outros mecanismos que doravante sejam instituídos. Os indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência também serão definidos pela referida Gerência.

5. PROGRAMAS 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 2116/2021 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. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados.

- a) Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal.
- b) Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime mensal.
- c) Relatório de Custos, em regime trimestral.
- d) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

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

7.3. Em atendimento à 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 as metas de produção contratualizados com o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO, para o período de 12 meses, referentes aos serviços assistenciais, conforme monitoramento e necessidade as metas podem ser alterados sempre que necessário, conforme avaliação de demanda.

8.2 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente a Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

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 assistencial, os seguintes critérios:

8.4.1. Internações Hospitalares

- a) saídas Clínicas
- b) saídas Cirúrgicas
- c) saídas cirúrgicas programadas

8.4.2. atendimentos Ambulatoriais:

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

8.4.3. SADT Externo: exames e ações de apoio e diagnóstico.

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.

8.6 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência regulados ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

Quadro 04. Quadro síntese de metas do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Dimensão	Descrição	Meta mensal	Meta anual
Internação	Clínica Cirúrgica	1.122	13.464
	Clínica Médica	529	6.348
Cirurgias	Cirurgias Programadas (Eletivas)	482	5.784
Atendimentos Ambulatoriais	Consulta médica na Atenção Especializada	3.000	36.000
	Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	1.500	18.000
	Procedimentos Programados Ambulatoriais	520	6.240

SADT EXTERNO	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)	60	720
	Ressonância Nuclear Magnética	250	3.000
	Tomografia Computadorizada	450	5.400
	Ultrassonografia	200	2.400
	Ultrassonografia /doppler	120	1.440

8.7. INTERNAÇÕES HOSPITALARES

8.7.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente **saídas hospitalares em clínica cirúrgica e clínica médica**, com variação de $\pm 10\%$ de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Quadro 05. Metas de saídas hospitalares para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Dimensão	Descrição	Meta mensal	Meta anual
Internação	Clínica Cirúrgica	1.122	13.464
	Clínica Médica	529	6.348

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

8.7.2.1. As saídas clínicas contemplam também as saídas neurológicas (TMP de 6 dias), especialidades (TMP de 5 dias) e carcerário (TMP de 3 dias).

8.7.2.2. As saídas cirúrgicas contemplam também as cirurgias programadas (eletivas) e de urgência/emergência.

8.7.2.3 As saídas cirúrgicas contemplam também as saídas ortopédicas de urgência (TMP de 6 dias), saídas ortopédicas programadas (TMP de 3 dias), especialidades de urgência (TMP de 5 dias) e especialidades programadas (TMP de 2,5 dias).

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

8.8. CIRURGIAS PROGRAMADAS

8.8.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente cirurgias programadas, com variação de $\pm 10\%$:

Quadro 06. Metas de saídas cirúrgicas (programadas) para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Cirurgias Programadas	Meta mensal	Meta Anual
Programadas ortopedia	172	2.064
Programadas especialidades	310	3.720

8.8.2. As cirurgias programadas estão contempladas nas saídas cirúrgicas.

8.9. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS (âmbito hospitalar)

8.9.1. 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 referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar.

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

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

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

8.10. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

8.10.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar um número de **atendimento ambulatorial em Consultas Médicas** mensais de 3.000 consultas e Consulta Não Médica na Atenção Especializada mensais de 1.500 consultas, com variação de até 10%.

Quadro 07. Metas de consultas ambulatoriais para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Atendimento Ambulatorial	Meta Mensal	Meta Anual
Consulta Médica na Atenção Especializada	3.000	36.000
Consulta Não Médica na Atenção Especializada	1.500	18.000

8.10.2. O Atendimento Ambulatorial deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, no mínimo, atendendo usuários egressos do próprio Hospital e demanda regulada do Complexo Regulador Estadual.

8.10.3. As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

8.10.4 As consultas realizadas pela Enfermagem poderão configurar consultas ambulatoriais se atenderem ao Decreto Lei n.º 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas da consulta: análise dos dados contidos no prontuário; entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento; diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro), resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico; plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e registro, que é a legitimação das ações do profissional.

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

8.10.6. O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, apresentada pelo próprio hospital e posteriormente processada e faturada pelo Ministério da Saúde.

8.11. SADT EXTERNO

8.11.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização de exames de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia e ultrassonografia /doppler, para pacientes externos, com variação de até $\pm 10\%$, sendo os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

8.11.2. A Unidade Hospitalar deverá ofertar mensalmente para pacientes externos, com variação de até $\pm 10\%$, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia e ultrassonografia /doppler sendo os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

Quadro 08. Metas de exames para o SADT Externo do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Exame	Meta mensal	Meta 12 meses
Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)	60	720
Ressonância magnética	250	3.000
Tomografia computadorizada	450	5.400
Ultrassonografia	200	2.400
Ultrassonografia /doppler	120	1.440

8.12. HOSPITAL DIA

8.12.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar 520 Procedimentos Programados Ambulatoriais, intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar, com variação de até $\pm 10\%$.

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

Quadro 9. Metas de atendimentos para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO

Hospital Dia	Meta mensal	Meta 12 meses
Procedimentos Programados Ambulatoriais	520	6.240

III - INDICADORES DE DESEMPENHO

9. 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.

9.1. 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.

9.2. Os quadros a seguir apresentam os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro 10- Síntese de Metas de Indicadores de Desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %
Média de Permanência Hospitalar	≤ 7 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 30
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	≤5%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤20%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 3%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
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%

Obs.: * Deverão ser informados mensalmente os seguintes indicadores:

- Percentual de ocorrência de rejeições no SIH até a obtenção das habilitações em traumatologia ortopedia, Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia. Pós habilitação irá compor o cálculo de meta de desempenho.

9.2.1. 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: $[Total\ de\ Pacientes-dia\ no\ período / Total\ de\ leitos\ operacionais-dia\ do\ período] \times 100$

9.2.2. 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: $[Total\ de\ pacientes-dia\ no\ período / Total\ de\ saídas\ no\ período]$

9.2.3. 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: $[(100 - Taxa\ de\ ocupação\ hospitalar) \times Média\ de\ tempo\ de\ permanência] / Taxa\ de\ ocupação\ hospitalar]$

9.2.4. Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

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

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

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

9.2.5. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

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

9.2.6. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

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

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

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

O Percentual de ocorrência de rejeições será apenas informado até que o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO obtenha as habilitações em traumatologia e Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia quando passará a ser monitorado e avaliado para a composição do cálculo de desempenho.

9.2.7. 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.

9.2.8. 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

9.2.9 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

9.2.10 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.

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

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

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

**exames externos*

9.2.12 Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS

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

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

ANEXO II TÉCNICO DA MINUTA CONTRATUAL**SISTEMA DE REPASSE****1. REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE**

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

1.2. A atividade assistencial a ser contratada será conforme Anexo I (000026124340), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT/SAIS.

1.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**:

a) **Internação**:

a.a) Saídas de Clínica Médica;

a.b) Saídas Cirúrgicas;

a.c) Saídas Cirúrgicas Programadas

a.d) Saídas Leito Dia (Cirurgias ambulatoriais): intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

a.e) Internações em leitos de UTI;

b) **Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais**: consultas médicas e de áreas profissionais da saúde em ambulatório.

c) **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.

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 426/2021** 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 I (000026124340), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT/SAIS

3. SISTEMA DE REPASSE

3.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, é de **R\$17.579.931,04 (dezessete milhões, quinhentos e setenta e nove mil novecentos e trinta e um reais e quatro centavos)**, no percentil P50.

3.2. O montante global a ser repassado é de **R\$843.836.689,92 (oitocentos e quarenta e três milhões, oitocentos e trinta e seis mil seiscentos e oitenta e nove reais e noventa e dois centavos)**, para os 48 (quarenta e oito meses) de vigência contratual, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde.

3.3. Do montante estimado mensalmente, a **parte fixa, 90% (noventa por cento)**, corresponde ao valor de **R\$15.821.937,94 (quinze milhões, oitocentos e vinte e um mil novecentos e trinta e sete reais e noventa e quatro centavos)** por mês, distribuído percentualmente nos termos indicados na seguinte **TABELA 1**:

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 CONTRATO

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	PORCENTAGEM (%)
Internações Hospitalares	52%
Cirurgias	32%
Atendimento ambulatorial	6%

SADT

TOTAL: 100%

3.4. Do montante estimado mensalmente, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor mensal de **R\$1.757.993,10 (um milhão, setecentos e cinquenta e sete mil novecentos e noventa e três reais e dez centavos)**, sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**.

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. 000026936029).

3.6. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, **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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**.

3.7. 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, IV e V, a Organização Social **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**.

3.8. **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.**

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

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

3.11. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGOS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pelo Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

3.12. 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.

3.13. 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.

3.14. 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.

3.15. A cada período de 03 (três) 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.

3.16. A cada 03 (três) 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.**

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

3.18. 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.

3.19. 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.

3.20. 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 trimestre avaliado.**

3.21. 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.

3.22. **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.

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

3.24. 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. Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

4.2. 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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)* a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I (v. 000026124340) 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 DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR VALDEMIRO CRUZ (HUGO)

MODALIDADE CONTRATADAÇÃO	DE	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR	
Internações Hospitalares		Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos	
		Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos	
Peso 52%		Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos	
		Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos	
Cirurgias		Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos	
		Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos	
	Peso 32%		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
Atendimento Ambulatorial		Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial	
		Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial	
	Peso 6%		Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado à atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial
		Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado à atividade de cirurgia/ procedimento ambulatorial	
SADT Externo		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	
	Peso 18%		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	

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

Σ (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 4 - 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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, localizado na Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia - GO, 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, SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA**, 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 de 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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, localizado na Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia - GO, 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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, localizado na Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia - GO, 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 publicação do ajuste na imprensa oficial 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

SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS

PERMISSIONÁRIA

PARCEIRO PRIVADO

TESTEMUNHAS:

Nome:

RG nº.

CPF 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 no **Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, localizado na Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia - GO, 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, SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA**, 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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, localizado na Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia - GO 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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, localizado na Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia - GO, em regime de 24 horas/dia, com área total medindo _____ m².

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 de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, localizado na Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta radial, Goiânia - GO, localizado na Av. Uirapuru S/Nº, esquina com rua Mutum, Parque Isaura – Santa Helena – Goiás – CEP: 75920000, sob pena de responder por perdas e danos.

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 Instru2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a publicação do ajuste na imprensa oficial 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 inexecutável.

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

SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA
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 abril de 2022.



Documento assinado eletronicamente por **LAYANY RAMALHO LOPES SILVA, Presidente**, em 16/05/2022, às 09:06, 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 16/05/2022, às 09:20, 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 **CRYSTIANE FARIA DOS SANTOS LAMARO FRAZAO, Membro**, em 16/05/2022, às 10:02, 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 **KEULY KARLA BARBOSA COSTA, Membro**, em 16/05/2022, às 11:09, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **000029569011** e o código CRC **B188AA81**.

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 202100010054415



SEI 000029569011