

CONVÊNIO Nº 01/2023

**FIRMADO ENTRE O MUNICÍPIO DE URUSSANGA E O HOSPITAL NOSSA
SENHORA DA CONCEIÇÃO DE URUSSANGA**

Pelo presente instrumento, de um lado o **Município de Urussanga, SC através da Secretaria Municipal de Saúde / Fundo Municipal de Saúde**, entidade de direito público, com sede nesta cidade, inscrita no CNPJ 10.502.372/0001-70, doravante denominada SMS/Urussanga, neste ato representada pela Secretária Municipal de Saúde, doravante denominada **INTERVENIENTE**, Srta. **INGRID ZANELATO**, residente no domicílio especial, Rua Pedro Damiani nº. 58 – Centro, Urussanga, SC, doravante denominada **CONVENIENTE**, e do outro lado o **Hospital Nossa Senhora da Conceição**, CNPJ 86.531.803/0001-98 / CNES 241.9653, com sede na Avenida Presidente Vargas nº 540, Centro, Urussanga, SC, neste ato representado pelo representante legal Presidente Sr. **ANTONIO ROBERTO DUTRA**, residente à Rua Durval Perito, nº 556 - De Villa, Urussanga, SC, brasileiro, divorciado, portador da carteira de identidade nº 504.705, inscrito no CPF/MF sob nº. 341.468.579-53, doravante denominada **CONVENIADA**, com anuência dos médicos que integram o Corpo Clínico da **CONVENIADA**, representados neste ato pelo seu Diretor Técnico, Dr. André Cazarre Tavares, CRM 18013 – RQE 14832, tendo em vista o que dispõe a Constituição federal em especial seus artigos 196 a 200, as Leis Federais nº. 8.080/1990, 8.142/1990 e a nº. 8.666/1993 e as alterações posteriores, Portarias de Consolidação MS/GM, de 28 de setembro de 2017, assim como demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, **RESOLVEM** celebrar o presente **CONVÊNIO** de prestação de serviços de assistência à saúde do Sistema Único de Saúde – SUS mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 O presente Convenio tem por objeto a prestação de serviços de assistência à saúde pela **CONVENIADA** para atendimento de urgência e emergência, internações hospitalares e atendimento ambulatorial, aos pacientes do SUS, de acordo com as normas do Sistema Único de saúde e o contido no ANEXO I-A – Plano Operativo, ANEXO I-B – Metas Quantitativas e ANEXO I-C – Metas Qualitativas, partes integrantes deste Contrato.

1.2 Os serviços ora contratados estão referidos a uma base territorial populacional conforme ANEXO I-A – Plano Operativo, ANEXO I-B – Metas Quantitativas e ANEXO I-C – Metas Quantitativas, com base na Programação Pactuada e Integrada – PPI da Assistência Ambulatorial e Hospitalar e o Plano Diretor de Regionalização – PDR, sendo ofertados conforme parâmetros assistenciais, compatibilizando-se a demanda e disponibilidade de recursos financeiros do SUS.

1.3 Fico acrescido no presente Convenio na condição de anexo os critérios estabelecidos na Política Hospitalar Catarinense (aprovado pela Deliberação CIB 231/2021 de 21.10.2021) com o intuito de alcançar as metas estabelecidas pela SES/SC, da forma que amplie o acesso a organização e estruturação na oferta de atendimentos aos usuários, garantindo assim o repasse do recurso financeiro advindo do Estado.

1.3.1 Na condição de anexo, a atualização de 2021 da PHC cujo cumprimento dos requisitos passa a ser parte integrante deste Contrato.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DOS DOCUMENTOS JURÍDICOS E SITUAÇÃO
CADASTRAL**



2.1 Os serviços referidos na Clausula Primeira serão executados pelo **Hospital Nossa Senhora da Conceição** – Urussanga, com Alvará de Funcionamento sob nº 408, expedido pela Secretaria de Finanças da Prefeitura Municipal de Urussanga e Alvará Sanitário sob nº. 716/2022 expedido pela 20ª Gerência Regional de Saúde competente.

2.2 No caso de mudança de endereço do estabelecimento da CONVENIADA, a CONVENIENTE deverá ser prontamente comunicada, a qual analisará a manutenção dos serviços ora contratados no novo endereço, podendo rever as condições deste Contrato até mesmo rescindi-lo se entender oportuno e/ou conveniente. A CONVENIADA deverá providenciar a solicitação de novo Alvará, bem como, a formalização da alteração de endereço no instrumento contratual.

2.3 O Diretor Clínico responsável pelos serviços será indicado pela CONVENIADA, sendo que sua alteração deverá ser comunicada imediatamente por escrito, a CONVENIENTE, para alteração formal do instrumento contratual.

2.4 A CONVENIADA obriga-se a informar a CONVENIENTE por meio da ECAA e a Secretaria Municipal de Saúde toda e qualquer mudança no ato constitutivo através da Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde – FCES, mantendo-a atualizada para fins de alteração do Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde – CNES.

2.5 A CONVENIADA obriga-se a repassar as alterações ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, em tempo hábil, mediante informações para a Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES GERAIS

3.1 Os serviços ora conveniados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento da CONVENIADA e por profissionais admitidos em suas dependências.

3.2 Para efeitos deste Convenio, consideram-se profissionais do próprio estabelecimento da CONVENIADA:

3.2.1 Os membros do corpo Clínico.

3.2.2 Os profissionais que tenham vínculo de emprego com a CONVENIADA.

3.2.3 Os profissionais autônomos que, eventualmente ou constantemente, prestam serviços à CONVENIADA, se por esta são autorizados.

3.3 Equipara-se ao profissional autônomo definido no item 3.2.3 desta Cláusula, a empresa, a cooperativa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área de saúde.

3.4 Na execução dos serviços ambulatoriais e hospitalares do presente Convenio, os partícipes deverão observar as seguintes condições:

3.4.1 É vetada a cobrança por serviços médicos ambulatorial e hospitalares, assim como, outros complementares da assistência ao usuário do SUS seguindo o princípio da gratuidade.

3.4.2 A CONVENIADA responsabilizar-se-á administrativamente por cobranças indevidas feita ao usuário do SUS ou seus representantes, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Contrato, assegurando o devido processo legal para identificação do responsável pela cobrança indevida.

3.5 No tocante à internação de menores de 18 (dezoito) anos e pessoas com mais de 60 (sessenta) anos é assegurada a presença de acompanhante em tempo integral, no hospital, podendo a CONVENIADA acrescer à conta hospitalar a diárias do acompanhante, correspondente ao alojamento e alimentação, de acordo com a legislação pertinente.

3.6 A CONVENIADA poderá manter Convenio ou outro instrumento jurídico congênere com os gestores municipais, para a prestação de outros serviços não previstos neste Convenio, ou para repasse de recursos complementares aos ora definidos, inclusive para oferta de serviços de



atendimento de urgência e emergência, sendo que, nestes casos, a CONVENIADA se compromete a estimular a participação dos municípios, principalmente em relação aos que não disponibilizam, de forma satisfatória, os referidos serviços em favor de seus habitantes usuários do SUS.

3.7 A assinatura do presente Convenio não prejudicará a vigência e validade dos instrumentos jurídicos eventualmente firmados entre os municípios e a CONVENIADA.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIADA

4.1 Oferecer aos usuários os recursos necessários ao seu atendimento.

4.2 Todas as despesas decorrentes da contratação, inclusive materiais de consumo e equipamentos necessários a execução dos serviços, bem como, encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais, comerciais e tributários decorrentes da execução do Contrato, ficarão exclusivamente a cargo da CONVENIADA, cabendo-lhe, ainda, a inteira responsabilidade (civil e penal), por quaisquer acidentes de que possam vir a ser vítimas ou seus empregados quando em serviço, bem como, por quaisquer danos ou prejuízos porventura causados a terceiros e a Secretaria Municipal de Saúde.

4.3 Colocar à disposição da CONVENIENTE para prestação de atendimento aos usuários do SUS, o contido no ANEXO I-A – Plano Operativo, ANEXO I-B – Metas Quantitativas e ANEXO I-C – Metas Qualitativas, nas seguintes condições:

4.3.1 Internação eletiva e de urgência/emergência conforme legislação vigente.

4.3.2 A CONVENIADA não recusará o atendimento de urgência e emergência nem a internação de usuários do SUS, sob alegação de inexistência de leitos vagos. Neste caso, obriga-se a CONVENIADA a acomodar o usuário do SUS em instalações de nível igual ou superior às do SUS, sem direito a cobranças de sobre preço garantido ao usuário a gratuidade da atenção, até existir vaga disponível nos leitos contratados.

4.4 Afixar em local visível e de circulação dos usuários aviso de sua condição de entidade integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição.

4.5 garantir o encaminhamento aos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapia necessários ao tratamento que está sendo ofertado ao paciente.

4.6 Se responsabilizará pelo transporte dos pacientes quando os serviços não estiverem, por qualquer motivo, disponíveis pela CONVENIADA. No caso de necessidade de UTI, o transporte será via SAMU.

4.7 Apresentar, por escrito, as razões pelo não atendimento de serviços previamente autorizados, se for o caso.

4.8 Manter em pleno funcionamento a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, a Comissão de Análise de Óbitos, a Comissão de Revisão de Prontuários, a Comissão de Ética Médica, e outras Comissões exigidas para execução dos serviços.

4.9 Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, com todas as informações e documentações exigidas conforme Resolução CFM 1638/2002 e alterações, pelo prazo previsto em lei.

4.10 No caso de utilização de prontuário informatizado, deverá seguir as normas da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, contemplando os dados solicitados no item anterior, bem como atender a todos os requisitos obrigatórios da Resolução CFM 1821/2007 que define as exigências para utilização de um prontuário eletrônico, com acesso aos auditores do SUS e Autoridades Sanitárias.

4.11 Registrar no prontuário médico as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realizar qualquer ato médico previsto neste Contrato.



- 4.12** Comunicar a CONVENENTE quaisquer alterações que implique em mudanças junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e outros sistemas que venham a ser implementados no âmbito do SUS, em substituição ou em complemento a estes, para que a mesma possa alimentar sistemática e rotineiramente, todos os sistemas de informações do Ministério da Saúde.
- 4.13** Quando da implantação do Sistema SES/BI, ou outro que venha substituí-lo, a CONVENIADA deverá providenciar que haja a interface com seus sistemas, a fim de possibilitar controle e auditoria, sendo que todas as despesas necessárias para o interfaceamento dos sistemas, ficarão a cargo da CONVENENTE.
- 4.14** Não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.
- 4.15** Promover a visita ampliada ao paciente do SUS internado, respeitando-se a rotina do serviço.
- 4.16** Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.
- 4.17** Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos por ministros de culto religioso ou espiritual.
- 4.18** Manter o padrão de qualidade dos serviços prestados, instalações, atendimento profissional, entre outros, de acordo com o que preconiza as normas do SUS, atendendo os usuários com dignidade e respeito de modo universal e igualitário.
- 4.19** Mediante convênios particulares a Instituição se compromete nos casos das parturientes de natimorto e as que tenham sido diagnosticadas com óbito fetal, acomodá-las em área separada das gestantes e puérperas com nascidos vivos.
- 4.20** Manter todas as dependências em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento.
- 4.21** Encaminhamento e atendimento do usuário, de acordo com as regras estabelecidas para a referência e contrarreferência e conforme Pactuações, ressalvadas as situações de urgência/emergência.
- 4.22** Fornecer ao usuário ou ao seu responsável, relatório do atendimento prestado.
- 4.23** Quando caracterizado serviço continuado em favor de clientela específica, o relatório de atendimento com a inscrição mencionada no item anterior, será fornecido pela CONVENIADA quando solicitado pelo usuário ou seu representante legal.
- 4.24** Implantar e manter o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização/PNH.
- 4.25** Garantir o acesso dos Conselhos de Saúde ao serviço contratado no exercício de seus poderes de fiscalização.
- 4.26** As notificações epidemiológicas serão executadas pela enfermeira responsável ao atendimento do paciente, fazendo o preenchimento da referida notificação e encaminhado a Vigilância Epidemiológica municipal para que a mesma de sequência na inclusão junto ao sistema eletrônico estadual ou federal.
- 4.27** Manter a infraestrutura técnica e de pessoal qualificado nas quantidades e qualidades constantes no documento de habilitação documental e técnica, conforme consta no Relatório de Vistoria, o qual é parte integrante e indissociável deste Convenio
- 4.28** Notificar diretamente ao fiscal do presente Convenio, eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, bem como de alteração da composição da equipe profissional, enviando-lhe, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data do registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas.
- 4.29** Cumprir os compromissos contratualizados, zelando pela qualidade e resolutividade da



assistência.

4.30 Utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores.

4.31 Manter o serviço de urgência e emergência geral ou especializado, quando existente, em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, e implantar acolhimento com protocolo de classificação de risco.

4.32 Realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização.

4.33. Assegurar a alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, conforme estabelecido na PNHOSP, que será realizada por meio de:

4.33.1. Orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado.

4.33.2. Articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Primária.

4.33.3. Implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS.

4.34. Implantar e/ou implementar as ações previstas na Seção I do Capítulo VIII do Título I da Portaria de Consolidação nº 5, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações:

4.34.1. Implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente

4.34.2. Elaboração de Planos para Segurança do Paciente.

4.34.3. Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente.

4.35. Garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza.

4.36. Garantir a igualdade de acesso e qualidade do atendimento aos usuários nas ações e serviços contratualizados em caso de oferta simultânea com financiamento privado.

4.37. Garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Documento Descritivo.

4.38. Garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações específicas.

4.39. Prestar atendimento ao indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena.

4.40. Disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas.

4.41. Notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica.

4.42. Disponibilizar o acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, ou responsáveis pela curatela de acordo com o Código de Ética Médica.

4.43. Prestar as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e estabelecidos no instrumento formal de contratualização, colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratualizada.

4.44. Informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento.

4.45. Garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico.

4.46. Disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor.

4.47. Dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização e



nos parâmetros estabelecidos na legislação específica.

4.48. Dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica.

4.49. Garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS.

4.50. Disponibilizar brinquedoteca quando oferecer serviço de Pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação e articulação local.

4.51. Dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário, bem como anexar em local visível os contatos para acesso ao Serviço de Ouvidoria do Estado.

4.52. Divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visível e de fácil acesso.

4.53. Assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores.

4.54. Alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde.

4.55. Registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor.

4.56. Participar da Comissão de Acompanhamento do Convenio.

4.57. Quanto ao eixo de ensino e pesquisa, caso se aplique, compete aos hospitais:

4.57.1. Disponibilizar ensino integrado à assistência.

4.57.2. Oferecer formação e qualificação aos profissionais de acordo com as necessidades de saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional.

4.57.3. Garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário.

4.57.4. Ser campo de educação permanente para profissionais da RAS, conforme pactuado com o gestor público de saúde local.

4.57.5. Desenvolver atividades de Pesquisa e de Gestão de Tecnologias em Saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída, conforme pactuado com o gestor público de saúde.

4.57.6. Cumprir os requisitos estabelecidos em atos normativos específicos, caso o estabelecimento seja certificado como Hospital de Ensino/HE.

4.58. Acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços.

4.59. Avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização.

4.60. Realizar avaliação dos usuários e dos acompanhantes, disponibilizando questionário de verificação do grau de satisfação.

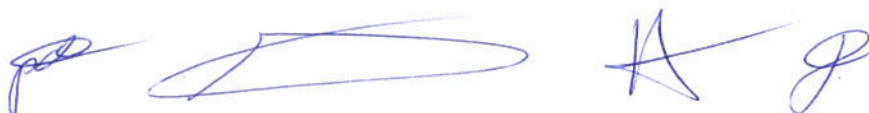
4.61. Participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS.

4.62. Realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos.

4.63. Monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização.

4.64. O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 6º).

4.65. Fica a CONTRATADA obrigada a manter o NIR que ficará responsável pelo agendamento de cirurgias e o cancelamento de procedimentos agendados, outras orientações e



informações aos usuários. A CONTRATANTE, ficará responsável pelos agendamentos de consultas e exames as e outros previamente autorizados pelas Centrais de Regulação.

4.65.1. O NIR deverá ser constituída por equipe técnica capacitada para atendimento ao público, gerenciamento de agendas e apta a prestar informações e orientações relacionadas aos procedimentos.

4.65.2. A NIR deverá minimamente funcionar em dias úteis das 08 às 18 horas.

4.66. Cumprir os requisitos da Resolução da Diretoria Colegiada/ANVISA nº 222, de 28/03/2018, a qual regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIENTE

5.1. Pagar mensalmente à CONVENIADA a importância referente aos serviços contratados, autorizados e realizados dentro do limite do contrato e seus acréscimos conforme a Lei 8.666/93 até sua vigência ou novas legislações que venham a substituí-la nesse sentido, de acordo com os valores estabelecidos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órtese e Prótese e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP do Ministério da Saúde vigente na competência da prestação dos serviços.

5.2. Exercer atividades de Controle, Avaliação e Auditoria na CONVENIADA, mediante procedimentos de supervisão direta ou indireta local de acordo com as normas que regem o SUS.

5.3. Acompanhar o serviço conveniado para avaliação quantitativa e qualitativa e na ocorrência de falhas comunicar à CONVENIADA para medidas corretivas.

5.4. Revisar, quando necessário, os serviços contratados, tendo como base os serviços realizados, após autorização da SUR, que excederem os limites previstos na Cláusula Nona, dentro do limite de 25% previsto na Lei 8.666/93 até sua vigência ou novas legislações que venham a substituí-la.

5.5. Elaborar Termos Aditivos em conformidade com as atualizações da Programação Pactuada Integrada – PPI da Assistência e dos Termos de Compromisso de Garantia de Acesso. As alterações que forem destinadas pelo município, mediante negociação prévia e em comum acordo com a CONVENIADA, deverão a CONVENIENTE informar a ECAA da Gerência Regional de Saúde sobre estas alterações.

5.6. Alimentar os sistemas do Ministério da Saúde, sob sua responsabilidade, mediante solicitação da CONVENIADA frente alterações desta em seu quadro funcional ou estrutural.

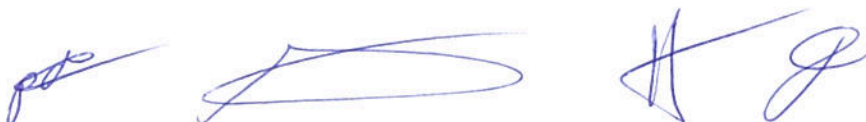
CLÁUSULA SEXTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONVENIADA

6.1. A CONVENIADA é responsável pela indenização por dano causado ao usuário do SUS, aos órgãos do SUS e a terceiros a ele vinculados, decorrentes de ato ou omissão, negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, ficando assegurado à CONVENIADA o direito de regresso, quando cabível.

6.2. A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste Convenio pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade da CONVENIADA, nos termos da legislação referente à Lei n.º 8.666/93 até sua vigência ou novas legislações que venham a substituí-la.

6.3. A responsabilidade de que trata esta Cláusula estende-se aos casos de danos oriundos por defeitos relativos à prestação de serviços, nos estritos termos do Art. 14 da Lei n.º 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONVENIENTE



- 7.1. Acompanhar, em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde (SES/SC), por meio da respectiva Secretaria Municipal de Saúde, as ações relativas à execução deste Convenio.
- 7.2. Fiscalizar, por meio de sua Secretaria Municipal de Saúde, as ações relativas à execução deste Convenio.
- 7.3. Prestar orientações e auxílio à CONVENIADA no intuito de que sejam cumpridos os compromissos e as metas pactuadas neste Convenio.
- 7.4. Disponibilizar informações e dados que se fizerem necessários para o acompanhamento deste Convenio.
- 7.5. Manter atualizados no SCNES os dados e informações da CONVENIADA quando solicitado.
- 7.6. Acompanhar a alimentação dos sistemas de informações da SES/SC e do Ministério da Saúde, SIA, FPO, APAC, BPA, SIHD, CIH realizada pela CONVENIADA.
- 7.7. Aprimorar sua rede assistencial local, promovendo a articulação com a região de saúde.
- 7.8. Identificar mudanças epidemiológicas que impliquem alterações deste Convenio.
- 7.9. Notificar à CONVENIADA, em até 15 (quinze) dias, sobre as ocorrências referentes ao não cumprimento das metas pactuadas, ou quaisquer outras alterações que interfiram no desempenho deste instrumento contratual, por meio de documentos comprobatórios, por meio da respectiva Gerência Regional de Saúde.
- 7.10. Encaminhar à respectiva Gerência Regional de Saúde declaração informando o montante de recurso financeiro oriundo de fonte municipal destinado à CONVENIADA, comprometendo-se a mantê-la atualizada, quando couber.

CLÁUSULA OITAVA – DA ESCOLHA DA ACOMODAÇÃO

- 8.1. Caso o paciente ou seu responsável opte por acomodações diferenciadas de padrão superior àquelas especificadas neste Convenio, ficará sob sua responsabilidade o pagamento integral das despesas médico-hospitalares, desde o dia da internação até o dia da alta.
- 8.2. Qualquer comprovação de constrangimento ou induzimento ao paciente ou seu responsável, para que opte por acomodação diferente a ajustada neste Convenio, constituirá falta grave, motivando penalidade conforme for apurado em processo de auditoria.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

- 9.1. A CONVENIADA receberá mensalmente da CONVENIENTE a importância referente aos serviços conveniados, autorizados e efetivamente prestados, repassada pelo Ministério da Saúde/ Fundo Nacional de Saúde, de acordo com os valores de cada procedimento, previstos na Tabela SIGTAP, vigente na competência da realização do procedimento, dentro dos limites financeiros abaixo estabelecidos.
- 9.1.1. As despesas mensais decorrentes dos atendimentos consignados no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS devem estar em conformidade com a FPO – Ficha de Programação Orçamentária, como segue:

Programação Orçamentária		
Pós-fixado	Mensal R\$	Anual R\$
Alta Complexidade	R\$ 0,00	R\$ 0,00
FAEC estratégico	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Subtotal	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Pré-fixado	Mensal R\$	Anual R\$
Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	R\$ 88.098,49	R\$ 1.057.181,88



Incentivo de Adesão à Contratualização/IAC	R\$ 36.356,26	R\$ 436.275,12
Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde/INTEGRASUS	R\$ 4.630,87	R\$ 55.570,44
Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Santa Catarina	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Incentivo Redes Temáticas de Atenção à Saúde	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Hospitais Filantrópicos	R\$ 48.815,01	R\$ 585.780,12
Fisioterapia – Recursos MAC	R\$ 2.212,17	R\$ 26.546,04
Fisioterapia – Recursos Próprios	R\$ 639,25	R\$ 7.671,00
Subtotal	R\$ 180.752,05	R\$ 2.169.024,60

9.2. O componente pós-fixado, caso se aplique, que corresponde aos Procedimentos de Alta Complexidade, será repassado à **CONVENIADA**, a posteriori (pós-produção, aprovação, processamento e apenas concomitantemente à respectiva transferência financeira), de acordo com a produção mensal aprovada e o(s) termo(s) de compromisso de garantia de acesso aprovado(s) pela SMS/SES/CIB, até o limite de transferência do FNS, respeitado, simultaneamente, o limite estadual para as modalidades de Alta Complexidade.

Detalhamento da Alta Complexidade	Mensal R\$	Anual R\$
Hospitalar	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Ambulatorial	R\$ 0,00	R\$ 0,00
TOTAL	R\$ 0,00	R\$ 0,00

9.3. O componente pós-fixado, que corresponde aos Procedimentos Estratégicos – FAEC, será repassado à **CONVENIADA**, a posteriori (pós-produção, aprovação, processamento e apenas concomitantemente à respectiva transferência financeira), de acordo com a produção mensal aprovada pela **CONVENIENTE**, até o limite de transferência do FNS, respeitado, simultaneamente, o limite estadual para a modalidade de Procedimentos Estratégicos e conforme programação disposta no Plano Operativo.

Detalhamento do FAEC estratégico	Mensal R\$	Anual R\$
Cirurgias Eletivas – Campanha		
Incentivo da Política Hospitalar Catarinense	R\$ 111.000,00	R\$ 1.332.000,00
TOTAL		

9.4. A parcela pré-fixada anual, a ser transferida ao hospital em parcelas duodecimais, conforme discriminado abaixo, e oneram recursos do Fundo Municipal de Saúde:

Detalhamento do Pré-fixado	Mensal R\$	Anual R\$
Média Complexidade Ambulatorial	R\$ 23.350,73	R\$ 280.208,76
Média Complexidade Hospitalar	R\$ 64.747,76	R\$ 776.973,12
Subtotal pré-fixado média complexidade (*)	R\$ 88.098,49	R\$ 1.057.181,88
Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas/IAE-PI – caso se aplique	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Incentivo de Adesão à Contratualização/IAC	R\$ 36.356,26	R\$ 436.275,12



Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde/INTEGRASUS	R\$ 4.630,84	R\$ 55.570,44
TOTAL – MAC (Média Complexidade Ambulatorial + Média Complexidade Hospitalar + IAE-PI + IAC + INTEGRASUS+ Hospital Filantrópico+ Fisioterapia MAC e recursos próprios) (1)	R\$ 180.752,05	R\$ 2.169.024,60
12 Leitos habilitados para retaguarda clínica às Portas de Entrada (6 novos e 6 qualificados)	R\$ 0,00	R\$ 0,00

TOTAL REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA(2)	R\$ 0,00	R\$ 0,00
XX Leitos da Rede Cegonha – caso se aplique	R\$ 0,00	R\$ 0,00
TOTAL REDE CEGONHA(3)	R\$ 0,00	R\$ 0,00
XX Leitos de Saúde Mental – caso se aplique	R\$ 0,00	R\$ 0,00
TOTAL REDE SAÚDE MENTAL(4)	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Incentivo de Integração ao SUS/INTEGRASUS – caso se aplique	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Política Hospitalar Catarinense - Deliberação nº 181/CIB2019 – caso se aplique	R\$ 111.000,00	R\$ 1.332.000,00
Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de SC – Deliberação/SES nº 335/CIB/12 – caso se aplique (6)	R\$ 0,00	R\$ 0,00
TOTAL GERAL PRÉ-FIXADO (1)+(2)+(3)+(4)+(5)+(6)	R\$ 291.752,05	R\$ 3.501.024,60

Recurso Financeiro/Subvenção Repassado pelo Estado - 2023	R\$ 1.332.000,00
Recurso Financeiro/Subvenção Repassado pelo Município - 2023	R\$ 2.166.202,68
Recurso Financeiro Estimado Relativo a Renúncias e Isenções Fiscais referência - 2023	R 0,00

9.5. Os recursos financeiros relativos ao Incentivo de Adesão à Contratualização/IAC previsto nas Portarias de Consolidação nº 2 e 6, de 03/10/2017, bem como ao Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde/INTEGRASUS, serão incorporados à parcela pré-fixada, mediante aprovação e publicação do Ministério da Saúde, sendo que serão repassados em parcelas mensais de 1/12 (um doze avos).

9.6. O recurso financeiro relativo à Rede de Urgência, previsto nas Portarias de Consolidação, a serem publicadas e que venha a aprovar o Plano de Ação Regional no qual a CONVENIADA será inserida, com total de R\$ 930.750,00 será repassado em parcelas mensais de 1/12 (um doze avos), bem como reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde.

9.7. O recurso financeiro referente ao incentivo da Política Hospitalar Catarinense – Deliberação nº 231/CIB/2022, de 21 de outubro de 2021 e a Deliberação CIB nº 277/2021 de 08 de dezembro de 2021, bem como, novas Deliberações neste sentido, é definido com base nos indicadores da CONVENIADA analisados pela Matriz de Avaliação de Desempenho, para custeio conforme Plano de Trabalho apresentado, bem como para cobertura de despesas com insumos ou despesas administrativas não custeadas ou não cobertas pela Tabela SIGTAP, com



total mensal de **R\$ 1.332.000,00**.

9.8. Os recursos relativos a renúncias e isenções fiscais e a subvenções estaduais e municipais constam no quadro somente para fins informativos, cabendo a instrumentos específicos a sua efetivação e cumprimento.

9.9. Quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, item 9.4 – Subtotal pré-fixado média complexidade (*) desta Cláusula, serão repassados mensalmente e vinculados ao cumprimento das metas qualitativas discriminadas no ANEXO I-C – Metas Qualitativas após análise e comprovação pela Comissão de Acompanhamento do Convenio, e respeitarão os seguintes percentuais:

Faixa de Desempenho/Pontuação	Percentual do Total de Recursos Destinados ao Desempenho
Faixa $\leq 30\%$	Não haverá repasse
$30 < \text{faixa} \leq 50\%$	50%
$50 < \text{faixa} \leq 65\%$	65%
$65 < \text{faixa} \leq 80\%$	80%
$80 < \text{faixa} \leq 95\%$	95%
$95 < \text{faixa} \leq 100\%$	100%

9.9.1. A metodologia para calcular a pontuação e os respectivos percentuais dos totais dos recursos destinados ao desempenho constam no ANEXO I-C – Metas Qualitativas.

9.10. Sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, item 9.4 – Subtotal pré-fixado média complexidade (*) desta Cláusula, serão repassados mensalmente e vinculados ao cumprimento das metas físico-financeiras discriminadas no ANEXO I-B – Metas Quantitativas após análise da produção aprovada demonstrada no relatório de processamento, e respeitarão os seguintes percentuais:

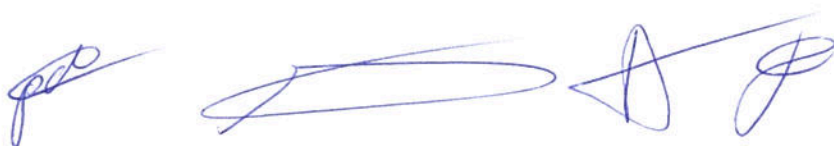
Faixa de Desempenho/Pontuação	Percentual do Total de Recursos Destinados ao Desempenho
Faixa $\leq 30\%$	Não haverá repasse
$30 < \text{faixa} \leq 50\%$	50%
$50 < \text{faixa} \leq 65\%$	65%
$65 < \text{faixa} \leq 80\%$	80%
$80 < \text{faixa} \leq 95\%$	95%
$95 < \text{faixa} \leq 100\%$	100%

9.10.1. A metodologia para calcular a pontuação e os respectivos percentuais dos totais dos recursos destinados ao desempenho constam no ANEXO I-B – Metas Quantitativas.

9.11. Considera-se plenamente satisfatório o cumprimento das metas qualitativas e físico-financeiras relacionados ao componente fixo da orçamentação, que apresente uma variação em torno de 5% (cinco por cento) para menos, ou seja, cumprimento de 95% a 100% das metas, quando serão repassados 100% dos recursos orçamentários relacionados ao componente fixo.

9.12. O cumprimento das metas qualitativas e físico-financeiras corresponderá ao recebimento proporcional de recursos, conforme definido nos quadros dos itens 9.11 e 9.12.

9.13. O hospital que não atingir pelo menos 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados terá o instrumento de contratualização e Plano Operativo revisados, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, mediante



aprovação do gestor local, podendo ser descontratualizado.

9.14. Caso apresente cumprimento de metas superior ao percentual de 105%, por 12 (doze) meses consecutivos, as metas do Plano Operativo deverão ser revisadas para aprovação da Comissão de Avaliação do Convenio, mediante decisão do gestor do SUS e de acordo com as disponibilidades orçamentárias.

9.14.1. Quando a oferta/desempenho ultrapassar a meta, será considerado o alcance percentual de 100% em conformidade com o limite de teto financeiro.

9.15. O cumprimento das metas quantitativas de atendimento estabelecidas no Anexo I-B – Metas Quantitativas, deverá ser analisado de forma global por bloco, pois segundo a Corregedoria Geral da União esta metodologia é matematicamente a mais apropriada, porque o valor a ser pago para cada bloco depende exclusivamente do desempenho atingido no próprio bloco. A divisão dos blocos dar-se-á da seguinte forma:

9.15.1. Urgência e Emergência;

9.15.2. Média Complexidade Ambulatorial eletiva; e

9.15.3. Média Complexidade Hospitalar – MAC.

9.16. É vedada a revisão nos primeiros 90 (noventa) dias de sua vigência, com exceção dos casos de alteração da PPI e habilitação de serviços novos.

9.17. A CONVENIADA ficará eximida de responsabilidade pelo não atendimento aos usuários do SUS na hipótese da ocorrência de atraso superior a 90 (noventa) dias no repasse dos pagamentos devidos pelo Poder Público, ressalvadas situações de calamidade pública, grave ameaça à ordem interna e/ou situações de urgência ou emergência.

9.18. Na hipótese de ocorrência do disposto no parágrafo anterior da presente Cláusula, a CONVENIADA não poderá, abruptamente, promover descontinuidade dos atendimentos sem que haja comunicação escrita formalizada junto à CONENENTE, no prazo mínimo de 15 (quinze) dias antes da efetiva interrupção.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

10.1. Os recursos orçamentários têm como origem a transferência fundo a fundo pelo Ministério da Saúde, classificados em receitas correntes/transferências pelo Fundo Municipal de Saúde.

10.2. A base para a construção dos valores aqui contratados é a Programação Pactuada Integrada – PPI da Assistência vigente, a série histórica e a tabela de valores e procedimentos do SUS.

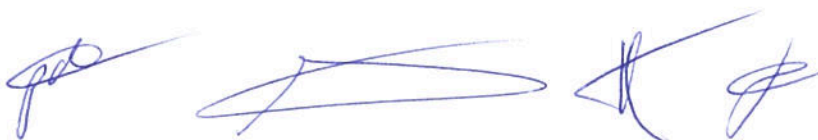
10.3. As despesas decorrentes do presente Convenio correrão no presente exercício de 2023, na dotação 2.036 – Manutenção do Programa de Média e Alta Complexidade, 27-3.3.90.00.00.00.00.00 – MAC, recurso 3188, orçamento vigente do Fundo Municipal de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

11.1. A CONVENIADA apresentará mensalmente à CONVENENTE a produção dos serviços contratados SIA e SIH/SUS efetivamente autorizados e prestados, por meio magnético, obedecendo, para tanto, o procedimento, os prazos e o cronograma, estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela CONVENENTE.

11.2. A CONVENENTE, revisará e processará os dados recebidos da CONVENIADA e seus documentos, procederá ao pagamento das ações, observando, para tanto, as diretrizes e normas emanadas pelo Ministério da Saúde e por ela própria, nos termos das respectivas competências e atribuições legais.

11.3. A CONVENENTE comunicará acerca de uma prévia do processamento para que a



CONVENIADA proceda as correções cabíveis, devendo ser reapresentada no prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

11.4. Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento da produção, por culpa da CONVENIENTE, esta garantirá a CONVENIADA o pagamento, no prazo avençado neste Convenio, pelos valores do mês imediatamente anterior e que tenha sido validado pelas partes, acertando-se as diferenças que houver, no pagamento seguinte, mas ficando a CONVENIADA e o Ministério da Saúde, exonerados do pagamento de multa e sanções financeiras, assim como correção monetária dos créditos e outros acréscimos porventura incidentes nas diferenças apuradas.

11.5. As contas rejeitadas e contestadas pela CONVENIADA serão objeto de análise pelos órgãos de Auditoria do SUS, que emitirão parecer conclusivo no prazo máximo de 30 (trinta) dias, sob pena de tornar-se nula a rejeição, validando a conta e, consequentemente, remunerando o serviço no pagamento imediatamente subsequente, de acordo com a regulamentação do sistema estadual de auditoria.

11.6. A entidade que optar por receber seu pagamento em outras instituições que não o Banco da Caixa Econômica Federal, ficará responsável pelo custo da tarifa bancária referente à respectiva transferência de valores entre Bancos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

12.1. A execução deste Convenio será avaliada pela CONVENIENTE, mediante procedimentos de supervisão direta ou indireta local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições ora estabelecidas, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

12.2. O Convenio contará com uma Comissão de Acompanhamento do Convenio e uma Comissão de Avaliação do Convenio, conforme indicação formal dos representantes oficialmente indicados.

12.3. A CONVENIENTE efetuará vistorias nas instalações da CONVENIADA para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas por ocasião da assinatura deste convenio.

12.4. A fiscalização exercida pela CONVENIENTE sobre os serviços ora conveniados não eximirá a CONVENIADA da sua plena responsabilidade perante o SUS ou para com os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do Convenio.

12.5. A CONVENIADA facilitará o acompanhamento, a fiscalização e a auditoria pela CONVENIENTE, dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos auditores designados para tal fim.

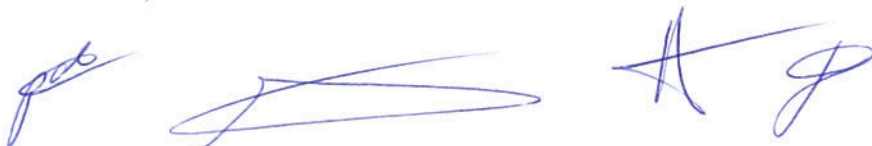
12.6. Em qualquer hipótese é assegurado à CONVENIADA amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais do Ministério da Saúde.

12.7. Para comprovação dos procedimentos efetivamente realizados e para ações de controle, avaliação e auditoria, o serviço conveniado deverá manter no estabelecimento toda documentação referente aos procedimentos. Toda documentação deverá ser mantida pelo conveniada para eventual auditoria.

12.8. A CONVENIADA facilitará à CONVENIENTE o acesso ao Núcleo Interno de Regulação com vistas a viabilizar a integração entre a Unidade Hospitalar e as Centrais de Regulação.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS COMISSÕES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO CONVENIO

13.1. O Convenio contará com uma Comissão de Acompanhamento do Convenio e uma Comissão de Avaliação do Convenio, conforme detalhamento abaixo:



13.2. A Comissão de Acompanhamento do Convenio reunir-se-á uma vez por quadrimestre e será constituída por:

13.2.1. Gestor Municipal de Saúde;

13.2.2. Um representante da Comissão Intergestores Regional;

13.2.3. Dois representantes da Regional de Saúde (sendo um da ECAA);

13.2.4. Um representante da instituição contratualizada;

13.2.5. Um representante do Conselho Municipal de Saúde.

13.3. A Comissão de Acompanhamento do Convenio terá as atribuições de acompanhar a execução do presente Convenio, principalmente no tocante aos seus custos, no cumprimento das metas estabelecidas nos Anexos I – B – Metas Quantitativas e I – C – Metas Qualitativas, com as seguintes atribuições:

13.3.1. Avaliação do cumprimento das metas físico-financeiras. **13.3.2.** acompanhamento dos indicadores quantitativos e qualitativos. **13.3.3.** acompanhamento da capacidade instalada.

13.3.4. Propor readequações das metas pactuadas, dos recursos financeiros e outras que se fizerem necessárias nas cláusulas contratuais, desde que essas não alterem seu objeto, bem como propor novos indicadores de avaliação nos Anexos I – B – Metas Quantitativas e I – C – Metas Qualitativas.

13.3.5. Avaliar a qualidade da atenção à saúde dos usuários prestada pelo estabelecimento hospitalar.

13.3.6. Acompanhar a execução do Plano de Trabalho, bem como a manutenção das equipes (Rede Cegonha, Saúde Mental e Rede de Urgência e Emergência) propostas na Política Hospitalar Catarinense.

13.4. A Comissão de Acompanhamento do Convenio deverá encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde relatório mensal e quadrimestral do cumprimento das metas estabelecidas nos Anexos I – B – Metas Quantitativas e I – C – Metas Qualitativas, conforme modelo disponibilizado pela CONVENIENTE, e de acordo com o cronograma estabelecido na Tabela do item 13.14.

13.5. A Comissão de Avaliação do Convenio reunir-se-á anualmente, sob a Coordenação do INTERVENIENTE e será constituída por:

13.5.1. Um representante da Secretaria Municipal de Saúde

13.5.2. Um representante da Comissão Intergestores Regional;

13.5.3. Dois representantes da Regional de Saúde (sendo um da CAA);

13.5.4. Um representante da instituição contratualizada;

13.5.5. Um representante do Conselho Municipal de Saúde;

13.6. A Comissão de Avaliação do Convenio terá as atribuições de avaliação da instituição sob o ponto de vista do desempenho assistencial, com as seguintes atribuições:

13.6.1. Avaliação do cumprimento das metas físico-financeiras.

13.6.2. Acompanhamento dos indicadores quantitativos e qualitativos.

13.6.3. Analisar e deliberar quanto às propostas de readequação das metas pactuadas, dos recursos financeiros e outras que se fizerem necessárias nas cláusulas contratuais, desde que essas não alterem seu objeto, bem como propor novos indicadores de avaliação nos Anexos I – B e I – C.

13.6.4. Avaliar a qualidade da atenção à saúde dos usuários prestada pelo estabelecimento hospitalar.

13.7. A CONVENIADA fica obrigada a fornecer às Comissões de Acompanhamento e de Avaliação do Convenio todos os documentos e informações necessários ao cumprimento de suas finalidades.

13.8. A existência das Comissões de Acompanhamento e de Avaliação do Convenio



mencionadas nesta Cláusula não impedem nem substituem as atividades pertinentes ao Sistema Nacional de Auditoria (federal, estadual e municipal).

13.9. O mandato das Comissões de Acompanhamento e de Avaliação do Convenio será compatível com a vigência deste Convenio, devendo qualquer alteração da sua composição ser homologada pela CONVENIADA.

13.10. Os membros das Comissões de Acompanhamento e de Avaliação do Convenio não serão remunerados por esta atividade.

13.11. A composição das Comissões de Acompanhamento e de Avaliação do Convenio será publicada no Diário Oficial do Estado.

13.12. Na presença do titular, o suplente terá direito a voz, mas não direito a voto.

13.13. Na ausência do titular, o representante suplente deverá substituir o titular sendo-lhe, então, garantido o direito a voz e voto.

13.14. O desempenho da CONVENIADA, por meio dos indicadores estabelecidos no ANEXO I-A – Plano Operativo, ANEXO I-B – Metas Quantitativas e ANEXO I-C – Metas Qualitativas, será acompanhado e apurado pela Comissão de Acompanhamento do Convenio, a cada 04 (quatro) meses, conforme o cronograma abaixo:

Mês de Assinatura do	Competências Monitoradas	Período de Apuração dos Resultados	Mês de Reunião da Comissão	Meses de Execução do Repasse com os
Contrato				Descontos
Janeiro	Janeiro a abril	Maio a agosto	Agosto	Setembro a dezembro
Maio	Maio a agosto	Setembro a dezembro	Dezembro	Janeiro a abril
Setembro	Setembro a dezembro	Janeiro a abril	Abril	Maio a agosto

13.15. Na hipótese de o Convenio ser assinado em meses diferentes do previsto acima, fazendo com que, no primeiro período, sejam contemplados apenas dois ou três meses entre os que serão monitorados, será mantido o período de apuração dos resultados e o monitoramento recairá sobre os dois ou três meses iniciais.

13.16. Na hipótese de o Convenio ser assinado em meses diferentes do previsto acima, fazendo com que, no primeiro período, seja contemplado apenas um mês entre os que serão monitorados, este primeiro mês terá pagamento integral e o acompanhamento das metas dar-se-á a partir do quadrimestre subsequente.

13.17. O desempenho alcançado pela CONVENIADA em cada uma das apurações quadrimestrais impactará nos valores dos recursos financeiros a serem repassados nos períodos estabelecidos no quadro acima.

13.18. As Comissões de Acompanhamento e de Avaliação do Convenio poderão realizar visitas à CONVENIADA, caso seja apontada necessidade de verificação *in loco* referente à execução dos compromissos e/ou indicadores pactuados.

13.19. A metodologia para calcular a pontuação e os respectivos percentuais dos totais dos recursos destinados ao desempenho constam no ANEXO I-B – Metas Quantitativas e ANEXO I-C – Metas Qualitativas.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS PENALIDADES



14.1. A inobservância, pela CONVENIADA, de cláusula ou obrigação constante deste Convenio, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a CONVENIADA, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções administrativas previstas nos artigos 86 e 87 da Lei nº. 8.666/93 e alterações posteriores e conforme o Decreto Estadual nº 2.617/2009. Da mesma forma, em conformidade com o art.14 da Lei nº. 8.078, de 11/09/1990 – Código de Defesa do Consumidor, além das demais normas em vigor, abaixo discriminadas, podendo ser aplicadas concomitantemente:

14.1.1. Advertência.

14.1.2. Multa.

14.1.3. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos.

14.1.4. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso anterior.

14.2. A multa é a sanção pecuniária que será imposta à contratada pelo atraso injustificado na entrega ou execução do contrato, de acordo com as alíquotas a seguir:

14.2.1. 0,33 % (zero, trinta e três por cento) por dia de atraso, na entrega do objeto ou execução de serviços, calculado sobre o valor correspondente à parte inadimplente, até o limite de 9,9% (nove, nove por cento).

14.2.2. 10 % (dez por cento) em caso de não entrega do objeto ou não conclusão do serviço ou rescisão do convenio por culpa da conveniada, calculado sobre a parte inadimplente.

14.2.3. Até 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato, pelo descumprimento de qualquer cláusula do contrato, exceto prazo de entrega.

14.3. O atraso, para efeito de cálculo de multa, será contado em dias corridos, a partir do dia seguinte ao do vencimento do prazo de entrega ou execução do serviço.

14.4. A multa será aplicada quando o atraso for superior a cinco dias.

14.5. A aplicação da multa não impede que sejam aplicadas outras penalidades previstas na legislação.

14.6. Da aplicação das penalidades a CONVENIADA terá o prazo de 5 (cinco) dias úteis para interpor recurso dirigido à Secretaria Municipal de Saúde.

14.7. A imposição das penalidades previstas nesta Cláusula dependerá da gravidade do fato que os motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstância objetivas em que ele ocorreu e dela será notificada a CONVENIADA.

14.8. A multa que vier a ser aplicada, será comunicada à CONTRATADA e o montante referente ao ressarcimento deverá ser creditado em até 15 (quinze) dias úteis na Conta Corrente 624.010-8, Caixa Econômica Federal, agência 0853, seguindo os seguintes passos:

14.8.1. Após depósito, encaminhar cópia do comprovante à Secretaria Municipal de Saúde.

14.9. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não ilidirá o direito da CONVENIENTE de exigir indenização integral do autor da infração, pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética deste.

14.10. A violação ao disposto no item 3.4 da Cláusula Terceira deste Convenio sujeitará a CONVENIADA às sanções previstas nesta Cláusula, ficando a CONVENIENTE autorizada a reter o valor ilegalmente cobrado do montante devido à CONVENIADA, para fins de ressarcimento do usuário do SUS, por via administrativa, sem prejuízo do disposto no item 14.1 desta Cláusula, assegurado o devido processo legal para identificação do responsável pela



cobrança indevida.

14.11. As distorções verificadas através do Sistema Estadual de Auditoria de Saúde – SEAS, ficando comprovada cobrança indevida de procedimentos SIA ou SIH, serão objeto de ressarcimento em favor do Fundo Municipal de Saúde, em conta específica e demais medidas administrativas que o fato requer.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA RESCISÃO

15.1. A rescisão obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei nº. 8.666/93 e alterações.

15.2. A CONVENIADA reconhece desde já os direitos da CONVENIENTE em caso de rescisão administrativa prevista na Legislação referente a licitações e contratos administrativos.

15.3. Qualquer uma das partes poderá solicitar rescisão contratual, devidamente formalizada a outra parte interessada, com 30 (trinta) dias de antecedência contados a partir do recebimento da notificação.

15.4 Em caso de rescisão do presente Convenio por parte da CONVENIADA, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, a CONVENIENTE poderá exigir o prazo suplementar de até 120 (cento e vinte) dias para efetiva paralisação de prestação de serviços, além dos 30 (trinta) dias previstos no parágrafo anterior. Se nestes prazos a CONVENIADA negligenciar a prestação dos serviços ora contratados sofrerá as penalidades previstas em Lei. A observância dos prazos previstos nesta Cláusula não impede a responsabilização e penalização da CONVENIADA pela rescisão, através de processo administrativo garantindo o contraditório e a ampla defesa.

15.5 Poderá a CONVENIADA solicitar rescisão do presente Convenio no caso de descumprimento pela CONVENIENTE das obrigações aqui previstas, em especial, no caso de atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos devidos.

15.6 Em caso de rescisão do presente Convenio por parte da CONVENIENTE, não caberá à CONVENIADA o direito a qualquer indenização, salvo o pagamento pelos serviços prestados até a data da rescisão.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DOS RECURSOS PROCESSUAIS

16.1. Dos atos de rescisão deste Convênio praticados pela CONVENIENTE, cabe recurso à CONVENIADA no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da notificação do ato, em conformidade com a Lei Federal nº. 8.666/93.

16.2. Sobre o pedido de reconsideração formulado nos termos do item 16.1, a CONVENIENTE deverá manifestar-se no prazo de 5 (cinco) dias úteis e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente diante de razões de interesse público.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

17.1. A vigência do presente Convenio será a partir de 01.01.2023 até 31.12.2023, podendo ser prorrogado por sucessivos períodos de até 12 (doze) meses, mediante termo aditivo, limitado a 60 (sessenta) meses conforme Lei 8.666/93, **sendo a vigência do repasse dos recursos da Política Hospitalar Catarinense (PHC) a partir da data da assinatura do presente contrato.**

17.2. A parte que não se interessar pela prorrogação contratual deverá comunicar a sua intenção, por escrito, à outra parte com antecedência mínima de 120 (cento e vinte) dias.

17.3. A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente, fica condicionada à vigência dos respectivos créditos orçamentários.



17.4. Constitui condição para a prorrogação deste Convenio, manter as mesmas condições de validade de sua documentação jurídica, fiscal, técnica e econômico-financeira.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

18.1. O presente instrumento poderá ser alterado nas hipóteses previstas no artigo 65 da Lei nº 8.666/1993, por meio de Termo Aditivo ou de Apostilamento, acompanhado das respectivas justificativas pertinentes, devidamente fundamentados pela área solicitante.

18.2. A CONVENIADA fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem nos serviços até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do convenio, respeitando-se o disposto no art. 65, §1º, da Lei Federal nº 8.666/1993.

18.3. Os valores estipulados na Cláusula Nona serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, através de termos aditivos observados os limites dispostos na Lei 8.666/93.

18.4. Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da CONVENIADA poderá ensejar a não prorrogação deste Convenio ou a revisão das condições estipuladas.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DA FISCALIZAÇÃO

19.1. A fiscalização do Convenio será exercida por uma representante da CONVENIENTE, a definir.

19.2. A CONVENIENTE se reserva o direito de rejeitar no todo ou em parte os serviços executados, se em desacordo com o convenio.

19.3. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui, nem reduz a responsabilidade da CONVENIADA, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, resultante de imperfeições técnicas ou utilização de material de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implicará a responsabilidade da CONVENIENTE ou de seus agentes e prepostos, conforme art. 70 da Lei 8.666/93.

19.4. A fiscalização exercida pela CONVENIENTE sobre os serviços ora conveniados não eximirá a CONVENIADA da sua plena responsabilidade perante o SUS ou para com os pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do Convenio.

19.5. A CONVENIADA facilitará o acompanhamento e a fiscalização permanente, pela CONVENIENTE dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelo fiscal designado para tal fim.

19.6. Em qualquer hipótese é assegurado à CONVENIADA amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais do Ministério da Saúde, da lei federal de licitação e contratos administrativos.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – DOS CASOS OMISSOS

20.1. Os casos omissos ou situações explicitadas nas cláusulas deste Convenio serão decididos com observância das disposições contidas na Lei n. 8.666/93 e suas alterações posteriores, e demais regulamentos e normas administrativas.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DA OBRIGAÇÃO DE MANTER AS CONDIÇÕES EXIGIDAS

21.1. A CONVENIADA obriga-se a manter durante a execução do Convenio, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na Lei Federal n. 8.666/93 e demais normas aplicáveis.



CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DA PUBLICAÇÃO

22.1. O presente Convenio será publicado, por extrato, no Diário Oficial dos Municípios, após sua assinatura.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA – DO FORO

23.1 Fica eleito o foro da Comarca de URUSSANGA, para dirimir quaisquer dúvidas suscitadas na execução deste Convênio, que não puderem ser resolvidas pelas partes e para definir responsabilidades e sanções em caso de inadimplência.

E por estarem as partes justas e acordes, firmam o presente Contrato para um único efeito, na presença de 2 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

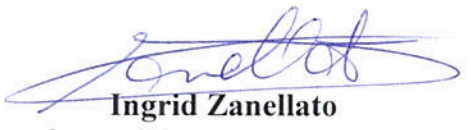
Urussanga/SC, 02 de janeiro de 2023.



Ingrid Zanellato
Secretária Municipal de Saúde
CONVENENTE



Antônio Roberto Dutra
Presidente
CONVENIADO



Ingrid Zanellato
Secretária Municipal de Saúde
INTERVENIENTE



Antônio Roberto Dutra
Presidente HNSC

TESTEMUNHAS:



Jaiciana Ramos Vieira Coordenadora
Enfermagem HNSC



Ademir Brandieli Pedro
Secretário Municipal de Administração

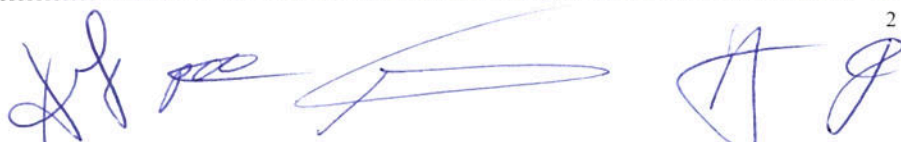


ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE URUSSANGA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA DE SAÚDE
SETOR DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, AUDITORIA E REGULAÇÃO

ANEXO I – A – PLANO OPERATIVO

SUMÁRIO

Equipe de Elaboração.....	03
1 – Apresentação	04
2 - Referência Pactuada	05
2.1 – Atenção à Saúde	05
2.1.1 – Urgência e Emergência	05
2.1.2 – Ambulatorial	06
3 – Assistência Hospitalar	08
3.1 – Clínica Cirúrgica	08
3.2 – Clínica Cirúrgica Ambulatorial	08
4 – Cirurgia Eletiva Ambulatorial e Hospitalar – Extra Teto Campanha	09
5 – Atenção Ambulatorial e Hospitalar – FAEC Estratégico – pós-fixado	09
6 – Valores Total dos Serviços Prestados e Incentivos	09
7 – Comissões Atuais.....	10
7.1 – Comissão de Revisão de Óbitos	10
7.2 – Comissão de Revisão de Prontuários	10
7.3 – Comissão de Infecção Hospitalar	11
7.4 – HumanizaSUS	11
8 – Participação nas Políticas Prioritárias do SUS	11
8.1 – Política Nacional de Medicamentos	11
8.2 – Saúde do Trabalhador	12
8.3 – Alimentação e Nutrição	12
8.4 – HIV/DST/AIDS	12
8.5 – Desenvolvimento Profissional	13
8.6 – Gestão Hospitalar	13
8.7 – Política Hospitalar Catarinense	13
9 – Outras Considerações Importantes	14
Gestores e Testemunhas	14
Anexos	15



2

Equipe de Elaboração

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina - COSEMS/SC

- Fábio Antônio de Souza - Assessor Técnico em Controle, Avaliação e Processamento de Dados (Consultoria Técnica)
- Roseclair Regina Rizzatti Barros - Apoiadora da Região de Saúde de Carbonífera e Extremo Sul (Consultoria Técnica)

Hospital Nossa Senhora da Conceição

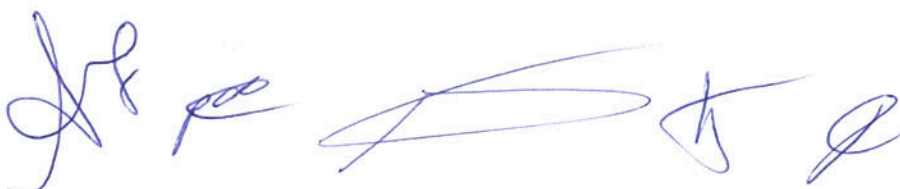
- Andréa de Miranda – Administradora
- Adriana Vieira Tereza – Auxiliar de Faturamento
- Jaiciana Ramos Vieira – Gerente de Enfermagem
- Magaly Bonetti – Diretoria
- Thaise Cittadin Figueiredo – Auxiliar de Faturamento

Gerência Regional de Saúde de Criciúma – 20ª GERSA

- Izabel Scarabelot Medeiros – Gerente da Gerência Regional

Secretaria Municipal de Saúde

- Ingrid Zanellato - Secretária Municipal de Saúde
- Dra. Taís Possamai Zanella – Médica Auditora
- Thiago Stopassolli – Coordenador de Atenção Especializada II



1 – Apresentação

O presente Plano Operacional Anual de serviços ambulatoriais e hospitalares, elaborado conjuntamente pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (CNES 241.9653), Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES) e o Gestor Municipal de Urussanga, SC contém as características gerais das ações, serviços e atividades pactuadas, bem como a explicitação das diretrizes e metas físicas e de qualidade estabelecidas para cada uma das áreas de atuação pactuadas pelo Contrato entre as partes, quais sejam:

- Atenção à Saúde;
- Atividades de Aprimoramento e Aperfeiçoamento da Gestão Hospitalar.

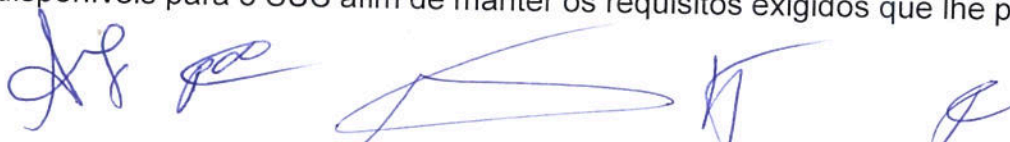
O Plano Operacional foi elaborado tendo em vista a missão institucional, as necessidades de saúde apontadas pelo gestor do SUS considerando a realidade sanitária loco-regional, tendo sido os ajustes no perfil assistencial da unidade, pactuados e aprovados pelas partes envolvidas.

A história do HNSC começou a ser idealizada em 8 de dezembro de 1927, onde diante da necessidade de um nosocômio em Urussanga a comunidade organizou-se para angariar fundos, terreno, e elaboração de uma planta inicial. Após alguns anos de paralização, em 3 de novembro de 1933 a ideia foi retomada, e foram elaborados e publicados os estatutos do Hospital de Caridade da Vila de Urussanga, sua primeira denominação, cujo Capítulo II, concernente à administração, adotou o critério de confiá-la à uma comissão de sete membros, nomeados pelo Governo do Estado.

Novamente o empreendimento sofreu solução de continuidade até 1938, quando a Comissão Administrativa, angariando donativos e conseguindo subvenções federais, estaduais e municipais, conseguiu, em 20 de junho de 1940, lançar a pedra fundamental do prédio, e, em setembro de 1942, entregá-lo à Comissão Administrativa quase inteiramente concluída.

Verificado a conveniência prevista no artigo 32 do Regulamento então em vigor, a Comissão Administrativa alterou e fez publicar novo estatuto no Diário Oficial do Estado, edição de 16 de novembro de 1943, o qual manteve o mesmo critério de o Governo do Estado nomear a Comissão Administrativa do Hospital, denominando-o Hospital Nossa Senhora da Conceição, em homenagem padroeira da Paróquia de Urussanga.

Atualmente o Hospital Nossa Senhora da Conceição possui caráter privado e de utilidade pública, sendo reconhecido como entidade filantrópica, conforme registro no CEBAS de Nº 14.127/39. É gerido por Diretoria voluntária, eleita bianualmente, e tem disponível 96 leitos nas clínicas médica, cirúrgica e saúde mental, dos quais 60% estão disponíveis para o SUS afim de manter os requisitos exigidos que lhe permitem



usufruir dos benefícios filantrópicos. Diante das alterações das políticas de Saúde Mental/Psiquiatria feitas pelo ministério da saúde nos últimos anos ainda atendemos pacientes dependentes químicos e outras alterações psíquicas, sendo uma referência na região macro sul de Santa Catarina. Entidade reconhecida de Utilidade Pública pelas Leis: Municipal: Lei Nº 2.210 de 13 de novembro de 2006 e alterada pela lei Nº 2.393, de 08 de maio de 2009; Estadual: Lei Nº 16733 de 15 de agosto de 2015 e prorrogado pela lei 17973 - 30/06/2020.

As modificações na programação de que trata este plano operacional, tanto para a inclusão, quanto para a interrupção de ações e serviços pactuados, deverão ser aprovadas na Comissão de Acompanhamento do Contrato, e deverão ser incorporadas a este Plano, e, portanto, ao Contrato, sob a forma de Termo Aditivo.

2 - Referência Pactuada

O Hospital Nossa Senhora da Conceição é referência para o município sede e macrorregião de referências pactuadas, conforme PPI, porém, os demais municípios em que não há formalização de acesso através da PPI não terão acesso.

Para estabelecimento de rotina de atendimento ou encaminhamento os demais municípios deverão formalizar pactuação com o Gestor Municipal.

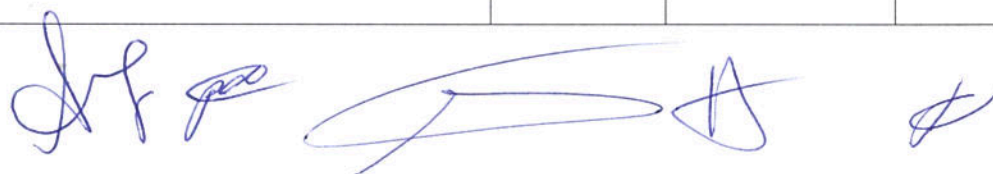
2.1 - Atenção à Saúde

2.1.1 - Urgência e Emergência

Estão descritas abaixo as metas físicas acordadas entre a Instituição e o Gestor Municipal, a serem cumpridas no período de vigência deste plano anual de trabalho, a saber, compreendido entre os meses de abril do corrente ano a abril de 2023.

a) Garantir a assistência 24 horas tanto a nível ambulatorial como hospitalar:

Procedimentos	Meta mês	Recurso financeiro	Valor Unitário
02.02 Patologia Clínica	217	854,98	3,94
02.04 Radiodiagnóstico	330	2.649,90	8,03
02.05 Exames Ultrassonográficos	10	266,5	26,65
02.11.02.0036 Eletrocardiograma	90	463,5	5,15
03.01.06.009-6 Atendimento Médico Urgência/Emergência	1544	16.984,00	11,00
03.01.10 – Administração de medicamento na Atenção Especializada	000	000	00



03.03 – Tratam. Clínicos/outras Especialidades (ortopedia com imobilização provisória)	15	471,9	31,46
04.01 – Pequenas Cirurgias	71,78	1.651,77	23,01
03.06 Transfusão de concentrado de hemácias/plaquetas	1	8,09	8,09
Total	3.057	23.350,73	

Indicador:

- Percentual de alcance da meta de consultas de emergência;
- Percentual de pacientes que ficam na emergência mais de 24 horas aguardando um leito para internação.

As referências deverão ser atendidas conforme PPI - Programação Pactuada Integrada da Assistência, no entanto os casos de urgência e emergência serão atendidos independente da procedência dos pacientes.

2.1.2 - Ambulatorial

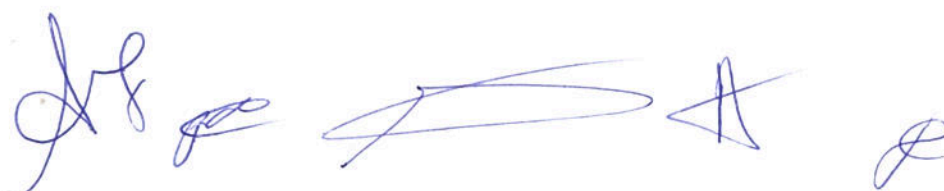
As consultas especializadas serão agendadas conforme Deliberação 047 de 31.03.2016 da CIB, bem como, respeitando-se as pactuações das PPI's. Todas as agendas do ambulatório deverão estar configuradas no SISREG pelo administrador da Central de Regulação Municipal, bem como ser respeitadas pelo prestador.

a) Consultas especializadas:

Procedimentos	Meta mês	Recurso Financeiro	Valor Unitário
03.01 – Consulta de Anestesiologia	35	350,00	10,00
03.01 – Consulta em Ortopedia	38	380,00	10,00
03.01 – Consulta em Cirurgia Geral	17	170,00	10,00
03.01 – Consulta em Bucomaxilo	4	40,00	10,00
03.01 – Consulta em Oftalmologia	02	20,00	10,00
Total	96	960,00	

Indicadores:

- Percentual de alcance das metas de consultas ambulatoriais;
- Percentual de primeiras consultas;
- Percentual de consultas agendadas pelo Gestor (central de regulação municipal).



b) Exames de apoio e diagnóstico eletivo: (Produção PPI – Pré Fixado)

Procedimentos	Meta mês	Recurso Financeiro	Valor Unitário
02.04.03.003-0 Mamografia Unilateral	000	R\$ 0,00	22,50
02.04.03.018-8 – Mamografia	50	R\$ 2.250,00	45,00
02.04 - Raio X	450	R\$ 3.685,50	8,19
TOTAL	500	R\$ 5.935,50	

Indicadores:

- Percentual de alcance dos exames realizados;
- Percentual de exames agendados pelo Gestor (central de marcação).

c) Terapias de Apoio a nível ambulatorial (Fisioterapia):

Terapias de Apoio	Meta mês/ Sessões	Recurso Financeiro	Valor Unitário
Fisioterapia – Recursos MAC	348,37	2.212,17	6,35
Fisioterapia – Recursos Próprios	101,63	639,25	6,35
Fisioterapia – Recursos HNSC	200	1.270,00	6,35
Total	650	R\$ 4.121,42	

Obs.: a diferença de valor financeiro para a realização das 650 (seiscentas e cinquenta) sessões será complementada com recursos da própria Instituição, que neste caso, a saber, perfaz um total de R\$ 1.270,00 (um mil, duzentos e setenta reais) para um total de 200 (duzentas) sessões.

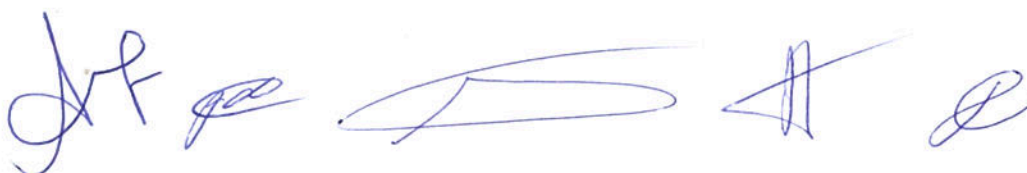
Indicador:

- Percentual de alcance das terapias realizadas.

OBS:

- Referências pactuadas com municípios circunvizinhos encontram-se descritas junto a PPI de Assistência Ambulatorial, Termo de Compromisso de Garantia de Acesso PPI de Assistência Ambulatorial, competência dezembro/2022 (anexo 1);

- As execuções dos atendimentos deverão estar sob controle do Gestor correspondente, e principalmente os atendimentos ambulatoriais deverão fazer parte da agenda do respectivo Gestor (Central de marcação de consultas e exames).



3 – Assistência Hospitalar

Das internações por especialidade de Média complexidade:

Internações por Especialidade	Meta Mês	Recurso Financeiro	Média Permanência	Nº de Leitos
Clínica Médica	28	18.884,76	4,0	27
Clínica Cirúrgica	31	20.908,13	1,3	40
Psiquiatria	37	24.954,87	21,6	20
Total	96	64.747,76	26,9	87

Média da AIH – R\$ 674,45583

3.1 – Clínica Cirúrgica

Tipo	Quantidade	Recurso Financeiro	Valor Unitário
Buco maxilo-facial	4	R\$ 3.516,94	879,23
Geral	09	R\$ 8.207,28	911,92
Ortopedia	11	R\$ 9.671,53	879,23
Urgência	7	R\$ 6.854,47	979,21
Total	31	R\$ 28.250,22	

Média da AIH – R\$ 674,45583

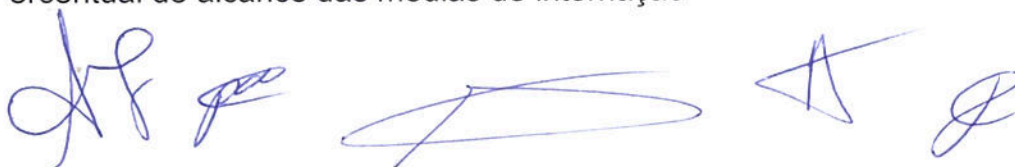
3.2 – Clínica Cirúrgica Ambulatorial*

Tipo	Quantidade	Recurso Financeiro	Valor Unitário
Oftalmologia	2	R\$ 1.543,20	771,60
Total	2	R\$ 1.543,20	

Média da APAC - R\$ 771,60

Indicadores:

- Percentual de alcance das internações;
- Percentual de alcance das médias de internação



- Percentual de internações de urgência (caráter de internação);
- Percentual de cirurgias em caráter eletivo;
- Taxa de mortalidade;
- Taxa de ocupação dos leitos.

4 - Cirurgia Eletiva Ambulatorial e Hospitalar – Extra Teto Campanha

Com relação aos valores FAEC os mesmos não serão descritos junto ao presente Plano, tendo-se em vista a irregularidade destes repasses que somente ocorre mediante a realização das campanhas de cirurgias eletivas federais ou estaduais.

5-Atenção Ambulatorial e Hospitalar – FAEC estratégico – (Produção PPI – Pós-fixado)

Grupo de Procedimentos	Meta mês	Recurso Financeiro
03.01.01.004-8 – Consulta de Profissionais de nível superior na Atenção Especializada (Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista)	40	252,00
Total	40	252,00

6 – Valor Total dos Serviços Prestados e Incentivos

ITEM REFERENTE AO REPASSE – TETO MAC E RECURSOS PRÓPRIOS PRÉ FIXADOS	VALOR	VALOR ANUAL
INTEGRASUS - PT nº 1.204/12	R\$ 4.630,87	R\$ 55.570,44
INTEGRASUS - PT nº 2.459/12	R\$ 0,00	R\$ 0,00
IAC - PT nº 2.506/11	R\$ 8.150,46	R\$ 97.805,52
IAC - PT nº 1.416/12	R\$ 8.204,06	R\$ 98.448,72
IAC - PT nº 2.855/11	R\$ 0,00	R\$ 0,00



IAC - PT nº 2.459/12	R\$ 0,00	R\$ 0,00
IAC	R\$ 17.277,89	R\$ 207.334,68
IAC REAJUSTE - PT nº 3.130/08	R\$ 2.723,85	R\$ 32.686,20
AIH	R\$ 64.747,76	R\$ 776.973,12
Fisioterapia – Recursos MAC	R\$ 2.212,17	R\$ 26.546,04
Fisioterapia – Recursos Próprios	R\$ 639,25	R\$ 7.671,00
Fisioterapia – Recursos Hospital	R\$ 1.270,00	R\$ 15.240,00
Média Complexidade – Termo de Compromisso	R\$ 23.350,73	R\$ 280.208,76
Hospitais Filantrópicos	R\$ 48.815,01	R\$ 585.780,12
VALOR GERAL	R\$ 182.022,05	R\$ 2.184.264,60

RESUMO DA PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	MENSAL	ANUAL
PRÉ-FIXADO	R\$ 182.022,05	R\$ 2.176.717,80
TOTAL	R\$ 182.022,05	R\$ 2.184.264,60

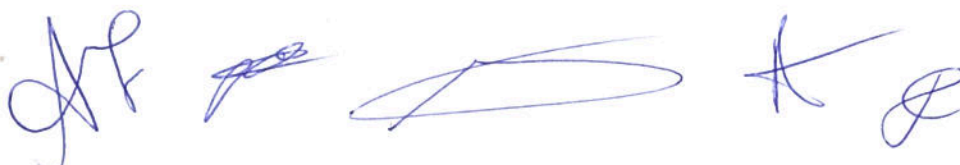
7 - Comissões atuantes

7.1 - Comissão de Revisão de Óbitos.

- b) Apresentação mensal de relatório da Comissão de Revisão de óbitos com análise dos óbitos ocorridos por faixa etária e medidas adotadas;
- c) Notificação dos óbitos maternos e neonatais identificando: nome da mãe, endereço, idade e Centro de Saúde que realizou o pré-natal;
- d) Encaminhar mensalmente relatório dos óbitos maternos e infantis ao Gestor local.

7.2 - Comissão de Revisão de Prontuários

- Apresentação trimestral de relatório, contendo itens relacionados à organização dos prontuários e a qualidade dos registros;



- a) Outros indicadores estabelecidos pela ANVISA.

7.3 - Comissão de Infecção Hospitalar

- CCIH - Enviar relatório produzido pela comissão ao gestor local com sugestão dos seguintes indicadores, para os seguintes serviços, quando houver.

7.4 - HumanizaSUS

Implementação da política de humanização:

- Priorizar áreas com maior desconforto e espera dos pacientes;
- Implementar canal de comunicação entre a instituição e usuários e trabalhadores, com sistemática de respostas e divulgação dos resultados;
- Implementar visita aberta no mínimo de 02h/dia e considerando horários especiais (integrais) para acompanhante de crianças, gestantes e “casos especiais”.

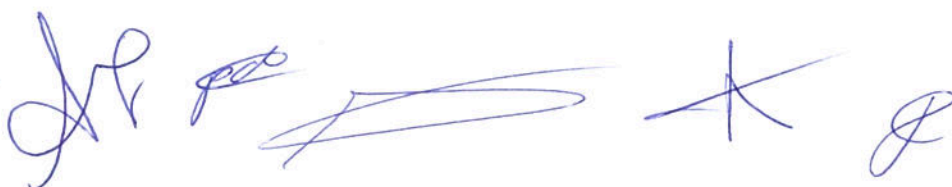
Indicador:

- Percentual de implementação do projeto.

8 - Participação nas Políticas Prioritárias do SUS

8.1 - Política Nacional de Medicamentos

- Promoção do uso racional de medicamentos, destacando a adoção de medicamentos genéricos;
- Desenvolver o processo educativo dos consumidores de medicamentos;
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, mediante o desenvolvimento da capacidade administrativa de imposição do cumprimento das normas sanitárias, organizadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.



8.2 - Saúde do Trabalhador

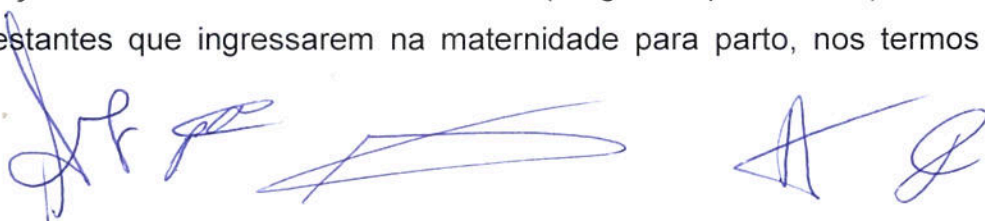
- Levantamento trimestral de absenteísmo, incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho em funcionários do Serviço.

8.3 - Alimentação e Nutrição

- Elaborar e atualizar protocolos clínico-nutricionais e cardápios para as patologias que necessitam de terapia nutricional mais frequentes no hospital, diferenciados para as fases do ciclo de vida (principalmente crianças, adultos e idosos); e por nível de atendimento (ambulatorial, emergência, cirúrgico, pediátrico, internações gerais e unidade intensivas);
- Avaliar e acompanhar o estado nutricional dos pacientes internados e orientar a dieta para alta hospitalar ou tratamento ambulatorial;
- Acompanhar a implantação e o monitoramento dos procedimentos relacionados à preparação de dietas enterais e alimentação infantil (lactário), de acordo com as normatizações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- Capacitar os profissionais que trabalham na área de alimentação e nutrição e promover rotinas de apresentação de discussões sobre o tema e estudos de caso com equipes multidisciplinares;
- Estimular práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.

8.4 - HIV/DST/AIDS

- Realização de teste rápido para HIV em sangue periférico em 100% de parturientes que não apresentem teste HIV no pré-natal;
- Realizar teste rápido para Aids nos usuários que procuram o serviço de urgência;
- Realização de VDRL e TPHA confirmatório (reagentes para VDRL) em 100% das gestantes que ingressarem na maternidade para parto, nos termos da



Portaria 2.104/GM, de 19/11/2002. Nos casos de aborto, desde que pactuado com o gestor;

- Disponibilizar administração do AZT xarope na maternidade para os RN filhos de mães soropositivas para HIV diagnosticadas no pré-natal ou na hora do parto, garantindo-se que a primeira dose seja administrada, ainda na sala de parto.

8.5 - Desenvolvimento Profissional

- Desenvolver uma política de Educação Permanente para os trabalhadores do hospital visando desenvolvimento profissional e o fortalecimento do trabalho multiprofissional, a diminuição da segmentação do trabalho e a implantação do cuidado integral.

Indicador:

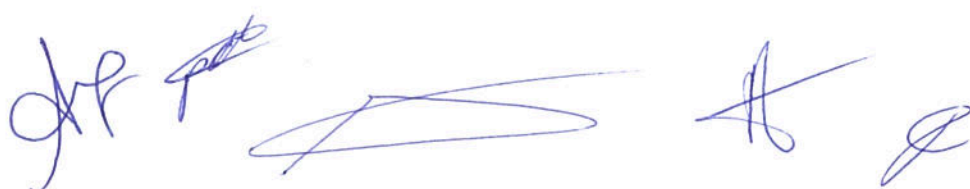
- Número de horas de treinamento por mês.

8.6 - Gestão Hospitalar

- Desenvolvimento em conjunto com o gestor de protocolos de referência e contra referência;
- Aplicação de ferramentas gerenciais que induzam:
 - Gestão participativa;
 - Qualificação gerencial;
 - Sistema de avaliação de custos;
 - Sistema de informação.

8.7 – Política Hospitalar Catarinense

- Atuar em consonância com os preceitos da Política Hospitalar Catarinense principalmente com relação à ampliação do acesso e a qualidade dos serviços ofertados.



9 - Outras Considerações Importantes

- Apresentar mensalmente relatório de desempenho das metas estabelecidas neste Plano e ações apontadas neste contrato/convênio conforme tabela de acompanhamento da produção física apresentada em Anexo 2;
- Implantação / implementação de adoção de linhas de cuidados multidisciplinar, minimamente, nas seguintes áreas: assistência em Pediatria, Neonatologia, Ginecologia/Obstetrícia, Geriatria, Ortopedia, Neurologia;
- A título de conhecimento, segue no Anexo 3 do presente Plano, cópia da Planilha Dinâmica do Teto MAC Mensal, publicada pela Secretaria de Estado da Saúde competência de dezembro/2022;
- As metas físicas e os repasses financeiros passaram a valer a partir da competência de dezembro/2022.

Urussanga, dezembro de 2022.

GESTORES



Ingrid Zanellato
Secretária Municipal de Saúde

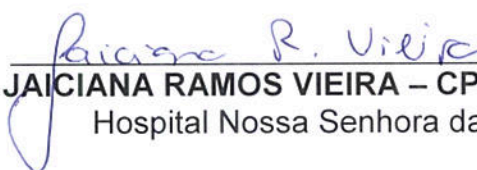


ANTÔNIO ROBERTO DUTRA
Presidente Hospital Nossa Senhora da Conceição



ANDRÉA DE MIRANDA
Administradora Hospital Nossa Senhora da Conceição

TESTEMUNHAS



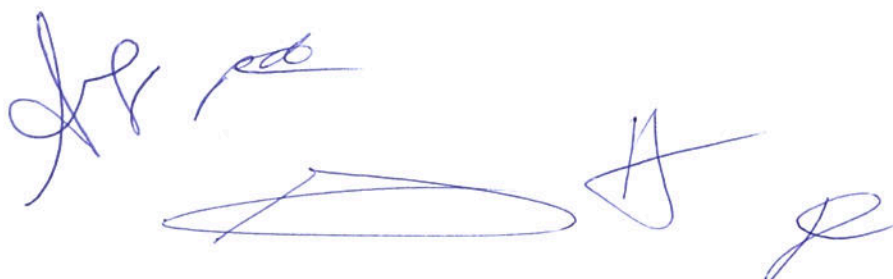
JAICIANA RAMOS VIEIRA – CPF 035.224.489-52
Hospital Nossa Senhora da Conceição



ADEMIR BRANDIELI PEDRO – CPF 760.431.779-00
Município de Urussanga

ANEXOS

- 1 - PPI de Assistência Ambulatorial, Termo de Compromisso de Garantia de Acesso
PPI de Assistência Ambulatorial – competência dezembro/2022;
- 2 - Tabela de acompanhamento da produção física apresentada 2022/2023;
- 3 - Planilha Dinâmica do Teto MAC – competência dezembro/2022.



**ANEXO I – B – METAS QUANTITATIVAS RELATÓRIO DE
ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO**

METAS QUANTITATIVAS

Quadrimestre: xxxxxxxx

Data: ____ / ____ / ____

DADOS GERAIS:

Unidade: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Contrato: CNES: 2419653

Município: URUSSANGA

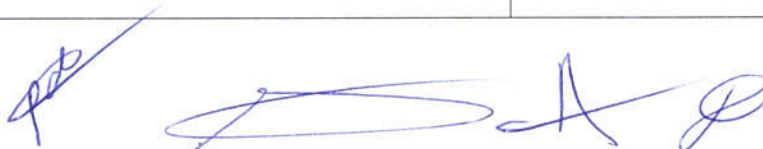
BLOCO 1 – Urgência e Emergência

Total Financeiro Pré-fixado no Contrato para este Bloco

= R\$ 60% do Total Financeiro Pré-fixado para este Bloco

= R\$

Procedimentos	Meta financeira / mês	Meta financeira/ quadrimestre	Meta financeira atingida/ quadrimestre	Percentual de atendimento das metas
02.02-Patologia clínica				
02.04-Diagnóstico por radiologia				
02.05-Diagnóstico por ultrassonografia				
02.11-ECG				
02.11.04.006-1-Tococardiografia ante-parto				
03.01-Consultas/Atendimentos de urgência e emergência				
03.01.06.011-8-Acolhimento c/ classificação de risco				
03.01.10.001-2-Administração de medicamentos na atenção especializada				
04-Pequenas cirurgias				
XX-Outros				
TOTAL FINANCEIRO				
Faixa de Desempenho/Pontuação Atingida=				%
Percentual do Total de Recursos Destinados ao Desempenho=				%
TOTAL FINANCEIRO A SER PAGO DE ACORDO COM O PERCENTUAL DE DESEMPENHO DESTE BLOCO SOBRE OS 60% =			R\$	



BLOCO 2 – Média Complexidade Ambulatorial Eletiva
Total Financeiro Pré-fixado no Contrato para este Bloco
= R\$ 60% do Total Financeiro Pré-fixado para este Bloco
= R\$

Procedimentos	Meta financeira/ mês	Meta financeira/ quadrimestre	Meta financeira atingida/ quadrimestre	Percentual de atendimento das metas
02.04-Diagnóstico por radiologia – raio X geral				
02.04-Diagnóstico por radiologia – raio X contrastado				
02.05.02-Diagnóstico por ultrasso- nografia geral				
02.05.01-Diagnóstico por ultrasso- nografia sist. Circulatório				
02.04.03.018-8-Mamografia bilate- ral				
02.09.01.003-7- Esofagogastroduo- denoscopia				
02.09.04.004-1-Exame de videola- ringoscopia				
02.11.07.014-9-Emissão otoacústi- ca				
02.11-Eletroencefalograma				
02.11-Eletroneuromiografia				
03.01.01.004-8-Consultas profissio- nais de nível superior				
03.03-Tratamentos clínicos				
03.01.01.007-2-Oftalmo				
03.01.01.007-2-Ortopedia				
03.01.01.007-2-Otorrino				
03.01.01.007-2-Pré e pós operatório				
03.01.01.007-2-Cardiologia				
03.01.01.007-2-Cirurgia geral				
03.01.01.007-2-Angiologia				
03.01.01.007-2-Cirurgia cabeça e pescoço				
03.01.01.007-2-Cirurgia pediátrica				
03.01.01.007-2-Cirurgia torácica				
03.01.01.007-2-Hematologia				



03.01.01.007-2-Infectologia				
03.01.01.007-2-Pneumologia				
03.02-Fisioterapia				
XX-Outros				

TOTAL FINANCEIRO				
Faixa de Desempenho/Pontuação Atingida=				%
Percentual do Total de Recursos Destinados ao Desempenho=				%
TOTAL FINANCEIRO A SER PAGO DE ACORDO COM O PER- CENTUAL DE DESEMPENHO DESTE BLOCO SOBRE OS 60% =			R\$	

BLOCO 3 – Média Complexidade Hospitalar – MAC

Total Financeiro Pré-fixado no Contrato para este Bloco

= RS 60% do Total Financeiro Pré-fixado para este Bloco

= RS

Internações por especialidade	Meta financeira/ mês	Meta financeira/ quadrimestre	Meta financeira atingida/ quadrimestre	Percentual de atendimento das metas
Clínica médica				
Clínica cirúrgica				
Pediatria				
Obstetrícia				
XX-Outros				
TOTAL FINANCEIRO				
Faixa de Desempenho/Pontuação Atingida=				%
Percentual do Total de Recursos Destinados ao Desempenho=				%
TOTAL FINANCEIRO A SER PAGO DE ACORDO COM O PER- CENTUAL DE DESEMPENHO DESTE BLOCO SOBRE OS 60% =			R\$	

Assinaturas dos integrantes da Comissão de Acompanhamento do Contrato:

(Encaminhar juntamente com a ata da reunião da Comissão de Acompanhamento do Contrato)

1.METODOLOGIA E DEMAIS ORIENTAÇÕES:

1.1.A Comissão de Acompanhamento do Contrato deverá analisar as metas quantitativas financeiras para fins de identificação da faixa de produção em relação ao teto financeiro contratado e, conseqüentemente, para o impacto no repasse dessa parcela dos recursos, sendo vedada a apresentação de justificativa para o não cumprimento.



1.2.O cumprimento das metas quantitativas de atendimento será analisado de forma global por bloco, sendo que a divisão dos blocos dar-se-á da seguinte forma:

1.2.1. Urgência e Emergência;

1.2.2. Média Complexidade Ambulatorial eletiva; e

1.2.3. Média Complexidade Hospitalar – MAC.

1.3. Para encontrar o percentual de cada bloco, deve-se dividir a “Meta financeira atingida no quadrimestre” pelo total da “Meta financeira do quadrimestre” e multiplicar o resultado por 100 (cem).

1.4. Sessenta por cento (60%)do valor pré-fixado de cada bloco, conforme Cláusula Nona e Plano Operativo do Contrato, serão repassados mensalmente e vinculados ao cumprimento das metas físico-financeiras aqui discriminadas, após análise da produção aprovada demonstrada no relatório de processamento, e respeitarão os seguintes percentuais:

Faixa de Desempenho/Pontuação	Percentual do Total de Recursos Destinados ao Desempenho
Faixa $\leq 30\%$	Não haverá repasse
$30 < \text{faixa} \leq 50\%$	50%
$50 < \text{faixa} \leq 65\%$	65%
$65 < \text{faixa} \leq 80\%$	80%
$80 < \text{faixa} \leq 95\%$	95%
$95 < \text{faixa} \leq 100\%$	100%

1.5. O valor de repasse de 60% do pré-fixado está condicionado ao cumprimento do Plano Operativo, que será repassado quando do alcance das metas quantitativas da seguinte forma:

1.5.1. O cumprimento maior de 95% até menor ou igual a 100% das metas quantitativas corresponderá ao repasse de 100% do valor;

1.5.2. O cumprimento maior de 80% até menor ou igual a 95% das metas quantitativas corresponderá ao repasse de 95% do valor;

1.5.3. O cumprimento maior de 65% até menor ou igual a 80% das metas quantitativas corresponderá ao repasse de 80% do valor;

1.5.4. O cumprimento maior de 50% até menor ou igual a 65% das metas quantitativas corresponderá ao repasse de 65% do valor;

1.5.5. O cumprimento maior de 30% até menor ou igual a 50% das metas quantitativas corresponderá ao repasse de 50% do valor;

1.5.6. Quando o cumprimento for igual ou inferior a 30% das metas do Plano Operativo não haverá repasse.

1.6. O desempenho da CONTRATADA por meio dos indicadores estabelecidos será acompanhado e apurado pela Comissão de Acompanhamento do Contrato, a cada 04 (quatro) meses, conforme o cronograma abaixo:

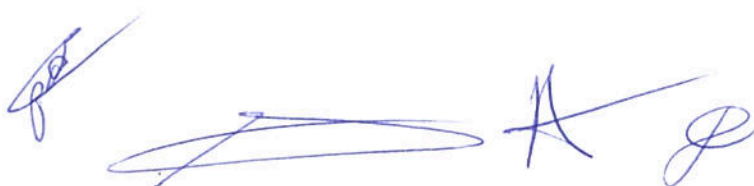
Mês de Assinatura do Contrato	Competências Monitoradas	Período de Apuração dos Resultados	Mês de Reunião da Comissão	Meses de Execução do Repasse com os Descontos
Janeiro	Janeiro a abril	Maio a agosto	Agosto	Setembro a dezembro
Maio	Maio a agosto	Setembro a dezembro	Dezembro	Janeiro a abril



Setembro	Setembro a dezembro	Janeiro a abril	Abril	Maió a agosto
----------	---------------------	-----------------	-------	---------------

1.7. Na hipótese de o Contrato ser assinado em meses diferentes do previsto acima, fazendo com que, no primeiro período, sejam contemplados apenas dois ou três meses entre os que serão monitorados, será mantido o período de apuração dos resultados e o monitoramento recairá sobre os dois ou três meses iniciais.

1.8. Na hipótese de o Contrato ser assinado em meses diferentes do previsto acima, fazendo com que, no primeiro período, seja contemplado apenas um mês entre os que serão monitorados, este primeiro mês terá pagamento integral e o acompanhamento das metas dar-se-á a partir do quadrimestre subsequente.



**ANEXO I – C – METAS
QUALITATIVAS RELATÓRIO DE
ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO**

METAS QUALITATIVAS

Quadrimestre: xxxxxxxxx

Data: ____ / ____ / ____

DADOS GERAIS:

Unidade: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Contrato: 036/2022

CNES: 2419653

Município: URUSSANGA

Todos os indicadores são referentes aos atendimentos SUS.

nº	TIPO	DESCRIÇÃO	MÉTODO DE AFERIÇÃO	FONTE	PONTUAÇÃO
1	Geral	Taxa de ocupação geral dos leitos (incluindo UTI)	$\frac{\text{Total de pacientes-dia, no período}}{100} \times 100$ Total de leitos-dia no mesmo período	SIH/ CNES	$\geq 80\% = 15\text{pts}$ $\geq 65\% \text{ a } < 80\% = 10\text{pts}$ $\geq 55\% \text{ a } < 65\% = 7\text{pts}$ $< 55\% = 0\text{pto}$
2	Geral	Tempo médio de permanência nos leitos de clínica médica	$\frac{\text{Total de pacientes-dia nos leitos de clínica médica, no período}}{\text{Total saídas dos leitos de clínica médica, no mesmo período}}$	SIH	$< 8\text{dias} = 10\text{pts}$ $\geq 8 \text{ a } < 11\text{dias} = 8\text{pts}$ $\geq 11 \text{ a } < 14\text{dias} = 4\text{pts}$ $\geq 14\text{dias} = 0\text{pto}$
3	Geral	Tempo médio de permanência em leitos de clínica cirúrgica	$\frac{\text{Total de pacientes-dia nos leitos cirúrgicos, no período}}{\text{Total de saídas dos leitos cirúrgicos, no mesmo período}}$	SIH	$< 5\text{dias} = 10\text{pts}$ $\geq 5 \text{ a } < 7\text{dias} = 7\text{pts}$ $\geq 7 \text{ a } < 9\text{dias} = 3\text{pts}$ $\geq 9\text{dias} = 0\text{pto}$
4	Geral/ UTI *	Taxa de ocupação dos leitos de UTI adulto	$\frac{\text{Total de diárias de UTI adulto, no período}}{\text{Total de leitos-dia de UTI adulto, no mesmo período}} \times 100$	SIH/ CNES	$\geq 85\% = 10\text{pts}$ $\geq 70\% \text{ a } < 85\% = 7\text{pts}$ $\geq 60\% \text{ a } < 70\% = 5\text{pts}$ $< 60\% = 0\text{pto}$
5	Geral/ UTI *	Taxa de ocupação dos leitos de UTI pediátrico	$\frac{\text{Total de diárias de UTI pediátrico, no período}}{\text{Total de leitos-dia de UTI pediátrico, no mesmo período}} \times 100$	SIH/ CNES	$\geq 85\% = 10\text{pts}$ $\geq 70\% \text{ a } < 85\% = 7\text{pts}$ $\geq 60\% \text{ a } < 70\% = 5\text{pts}$ $< 60\% = 0\text{pto}$





PREFEITURA DE

URUSSANGA

ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE URUSSANGA

PODER EXECUTIVO

SECRETARIA DE SAÚDE

SETOR DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, AUDITORIA E REGULAÇÃO

6	Geral/ UTI*	Taxa de ocupação dos leitos de UTI neonatal	<u>Total de diárias de UTI neonatal, no período</u> x 100 Total de leitos-dia de UTI neonatal, no mesmo período	SIH/ CNES	≥85% = 10ptos ≥70% a <85% = 7ptos ≥60% a <70% = 5ptos <60% = 0pto
7	Geral	Taxa de mortalidade institucional	Total de óbitos <u>ocorridos após 24 horas da admissão, no período</u> x 100 Total de saídas hospitalares, no mesmo período	Comissão de óbito	≤3% = 10ptos >3% a ≤6% = 8ptos >6% a ≤8% = 4ptos >8% = 0pto
8	Geral/ UTI*	Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), com confirmação microbiológica, na UTI adulto	Total de casos novos de IPCSL, no período x 1.000 Total de CVC's-dia, no mesmo período	CCIH	≤2,0/1000 = 5ptos >2,0/1000 ^a ≤3,0/1000 = 4ptos >3,0/1000 ^a ≤5,0/1000 = 3ptos >5,0/1000 = 0pto
9	Geral	Número médio de reuniões das comissões: "Núcleo de segurança do paciente/ NSP", "CCIH" e "Comissão de análise de óbito/CAO" no período	Total de reuniões do NSP, no período Total de meses em análise compreendidos no mesmo período Total de reuniões da CCIH, no período Total de meses em análise compreendidos no mesmo período Total de reuniões da CAO, no período Total de meses em análise compreendidos no mesmo período	Informações do hospital apresentada s à Comissão (cronograma, atas com lista de presença)	≥1 = 5ptos <1 = 0pto ≥1 = 5ptos <1 = 0pto ≥1 = 5ptos <1 = 0pto
10	Geral/ Obstetr a Baixo Risco*	Taxa de parto cirúrgico (cesáreo)	Total de partos cirúrgicos, no período x 100 Total de partos (vaginais e cirúrgicos) no mesmo período	SIH	≤20% = 15ptos >20% a ≤30% = 10ptos >30% a ≤40% = 5ptos >40% = 0pto
11	Geral/ Obstetr a Alto Risco*	Taxa de parto cirúrgico (cesáreo)	Total de partos cirúrgicos, no período x 100 Total de partos (vaginais e cirúrgicos) no mesmo período	SIH	≤20% a ≤30% = 15ptos >30% a ≤40% = 10ptos >40% a ≤50% = 5ptos >50% = 0pto

(*) Indicadores que serão aplicados conforme perfil do hospital.

Total Financeiro Pré-fixado Referente à Média Complexidade Ambula- torial e Hospitalar (Item 9.4 – Subtotal pré-fixado média complexi- dade(*)) =	R\$
40% do Total Financeiro Pré-fixado acima =	R\$
Pontuação Atingida =	Pontos
Pontuação Máxima a ser Obtida =	Pontos
Faixa de Desempenho/Pontuação Atingida =	%
Percentual do Total de Recursos Destinados ao Desempenho =	%
TOTAL FINANCEIRO A SER PAGO DE ACORDO COM O PERCEN- TUAL DE DESEMPENHO SOBRE OS 40% =	R\$

Assinaturas dos integrantes da Comissão de Acompanhamento do Convenio:

(Encaminhar juntamente com a ata da reunião da Comissão de Acompanhamento do Convenio)

1.METODOLOGIA E DEMAIS ORIENTAÇÕES:

1.1.A Comissão de Acompanhamento do Convenio deverá analisar as metas qualitativas para fins de identificação da pontuação alcançada e a referida faixa que impactará no repasse mensal do teto contratado.

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

1.3. O desempenho das metas qualitativas é passível de interposição de recursos pela CONVENIADA, num prazo de 5 (cinco) dias úteis após a reunião, quando não acordado/consensuado com a Comissão de Acompanhamento do Convenio, sendo então, as justificativas apresentadas avaliadas pelo Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde, que terá 10 (dez) dias para resposta com deferimento ou não.

1.4. Os indicadores descritos na Tabela acima serão utilizados no cálculo do repasse da parte qualitativa do recurso financeiro, conforme metas e percentuais estabelecidos.

1.5. Para encontrar o percentual final, deve-se dividir a “Pontuação obtida/atingida no quadrimestre” pela “Pontuação máxima a ser atingida” e multiplicar o resultado por 100 (cem).

1.5.1. Considera-se “Pontuação máxima a ser atingida” a soma dos pontos máximos em cada item que se aplicar ao perfil da unidade.

1.6. Quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, item 9.4 – Subtotal pré-fixado média complexidade (*) – Cláusula Nona do Convenio, serão repassados mensalmente e vinculados ao cumprimento das metas qualitativas aqui discriminadas, após análise e comprovação pela Comissão de Acompanhamento do Convenio, e respeitarão os seguintes percentuais:z\

Faixa de Desempenho/Pontuação	Percentual do Total de Recursos Destinados ao Desempenho
Faixa $\leq 30\%$	Não haverá repasse
$30 < \text{faixa} \leq 50\%$	50%
$50 < \text{faixa} \leq 65\%$	65%
$65 < \text{faixa} \leq 80\%$	80%
$80 < \text{faixa} \leq 95\%$	95%
$95 < \text{faixa} \leq 100\%$	100%

1.7. O valor de repasse de 40% do pré-fixado está condicionado ao cumprimento das metas






qualitativas, que será repassado da seguinte forma:

1.7.1. O cumprimento maior de 95% até menor ou igual a 100% das metas qualitativas corresponderá ao repasse de 100% do valor;

1.7.2. O cumprimento maior de 80% até menor ou igual a 95% das metas qualitativas corresponderá ao repasse de 95% do valor;

1.7.3. O cumprimento maior de 65% até menor ou igual a 80% das metas qualitativas corresponderá ao repasse de 80% do valor;

1.7.4. O cumprimento maior de 50% até menor ou igual a 65% das metas qualitativas corresponderá ao repasse de 65% do valor;

1.7.5. O cumprimento maior de 30% até menor ou igual a 50% das metas qualitativas corresponderá ao repasse de 50% do valor;

1.7.6. Quando o cumprimento for igual ou inferior a 30% das metas qualitativas não haverá repasse.

1.8. O desempenho da CONVENIADA por meio dos indicadores estabelecidos será acompanhado e apurado pela Comissão de Acompanhamento do Convenio, a cada 04 (quatro) meses, conforme o cronograma abaixo:

Mês de Assinatura do Contrato	Competências Monitoradas	Período de Apuração dos Resultados	Mês de Reunião da Comissão	Meses de Execução do Repasse com os Descontos
Janeiro	Janeiro a abril	Maio a agosto	Agosto	Setembro a dezembro
Maio	Maio a agosto	Setembro a dezembro	Dezembro	Janeiro a abril
Setembro	Setembro a dezembro	Janeiro a abril	Abril	Maio a agosto

1.9. Na hipótese de o Convenio ser assinado em meses diferentes do previsto acima, fazendo com que, no primeiro período, sejam contemplados apenas dois ou três meses entre os que serão monitorados, será mantido o período de apuração dos resultados e o monitoramento recairá sobre os dois ou três meses iniciais.

1.10. Na hipótese de o Convenio ser assinado em meses diferentes do previsto acima, fazendo com que, no primeiro período, seja contemplado apenas um mês entre os que serão monitorados, este primeiro mês terá pagamento integral e o acompanhamento das metas dar-se-á a partir do quadrimestre subsequente.



ANEXO I – D
FICHA DE PROGRAMAÇÃO
ORÇAMENTÁRIA POR
PROCEDIMENTO

MUNICÍPIO: URUSSANGA/SC

UPS: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO CNES: 2419653

PROCEDIMENTO	FÍSICO	VALOR TOTAL
MAC		
02.02– Patologia clínica		
02.04 – Diagnósticos por radiologia		
02.05 – Diagnóstico por ultrassonografia		
02.11 – ECG		
03.01 – Consultas /Atendimentos de urgência e emergência		
03.01.06.011-8 – Acolhimento c/ classificação de risco		
03.02 – Fisioterapia		
04 – Pequenas cirurgias		

