



**PROTOCOLO DE RECEBIMENTO**

PARA:

DE:

Dr. João Paulo Guerra Braga

Cristineliana Palma

Empresa:

DESCRIÇÃO

Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo  
de Leão Carneiro

DATA:

Rua Mata dos Pinhais, 410 – Jardim Botânico

04/07/2014

| Recebido por: (nome legível) | Data/Hora |
|------------------------------|-----------|
|                              |           |

*Prezado Dr. João Paulo,*

*Conforme fluxo estabelecido, encaminhamos Décimo Aditamento ao Contrato de Gestão nº 187/2010 do Hospital e Maternidade Dr. Odelmo Leão Carneiro, conforme discriminação abaixo, devidamente assinado pelo Presidente da SPDM, sendo:*

- 2 (duas) vias originais do Décimo Aditamento ao Contrato de Gestão nº 187/2010;
- 2 (duas) vias originais justificativa para a celebração do 10º aditamento ao contrato de gestão nº 187/2010;
- 2 (duas) vias originais Anexo II – Planejamento Estratégico;
- 2 (duas) vias originais Anexo III – Plano de Serviços;
- 2 (duas) vias originais Anexo IV – Sistema de Liberação de Parcelas;
- 2 (duas) vias originais Anexo V – Sistemática de Avaliação;

*Atenciosamente,*

*Cristineliana Palma Bento*  
*Secretária Executiva*  
*DR7 e/21ASp*

*Cristineliana Palma*

*Secretária Executiva Superintendência Afiliados*

*Fone: 3170-6106*

**Instituições Afiliadas**

**DÉCIMO ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 187/2010 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA E A SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL.**

**CLÁUSULA PRIMEIRA – PARTES E FUNDAMENTO**

**1.1) CONTRATANTE – MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 18.431.312/0013-59, sediado na Av. Anselmo Alves dos Santos, nº 600, neste ato representado pelo Assessor Municipal de Saúde, **Dario Rodrigues dos Passos**, agente político, residente e domiciliado nesta cidade, por delegação de poderes nos termos do Decreto nº 11.512, de 02.01.2009, e alterações posteriores e decreto 14344 de 16 de setembro de 2013.

**1.2) CONTRATADA - SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA**, associação de direito privado, sem fins lucrativos, de natureza filantrópica, reconhecida de utilidade pública federal, estadual e municipal, estabelecida na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, à Rua Napoleão de Barros, nº 715, Vila Clementino, CEP 04024-002, regularmente inscrita no CNPJ/MF sob nº 61.699.567/0001-92, neste ato representada por **Ronaldo Ramos Laranjeira**, brasileiro, casado, médico e professor universitário, residente e domiciliado em São Paulo, Estado de São Paulo, portador da Carteira de Identidade nº 7.791.138-SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob nº 042.038.438-39.

**1.3) FUNDAMENTO** – O objeto deste aditamento fundamenta-se na licitação Concorrência Pública nº 594/2009, homologada em 29 de outubro de 2009, nos artigos 57, inciso II, § 2º, e 58, inciso I, ambos da Lei 8.666/93; na Cláusula Sexta, item 6.2 do contrato original; nas Leis Municipais nº 7.579/2000, nº 11.032/2011, nº 11.610/13, nº 11.675/13 (LOA 2014) e na Justificativa do Secretário Municipal de Saúde, a qual, em anexo, passa a fazer parte integrante deste termo.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO DO ADITIVO**

**2.1) Constitui objeto do presente aditamento:**

2.1.1) a prorrogação do prazo por mais 12 (doze) meses, assim como adequação do valor contratual;

2.1.2) definir objetivos estratégicos para o exercício de 2014.

### CLÁUSULA TERCEIRA – DO PRAZO

3.1) O prazo de vigência deste Aditivo será contado a partir de **01 de janeiro de 2014** até a data limite de **31 de dezembro de 2014**.

### CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR

4.1) O valor global estimado deste Aditivo é de **R\$ 97.804.080,00 (noventa e sete milhões, oitocentos e quatro mil e oitenta reais)**, com recursos financeiros para essa despesa à conta das seguintes dotações orçamentárias, conforme estabelecido no **Anexo IV – Sistema de Liberação de Parcelas**, o qual fica fazendo parte integrante deste.

| Dotação orçamentária               | Ficha | Fonte | Valor                |
|------------------------------------|-------|-------|----------------------|
| 09.10.302.1003.2747.3.3.50.39.0902 | 7889  | 155   | <b>20.000.000,00</b> |
| 09.10.302.1003.2858.3.3.50.39.0902 | 7987  | 149   | <b>28.865.000,00</b> |
| 09.10.302.1003.2858.3.3.50.39.0902 | 7973  | 102   | <b>48.939.080,00</b> |

### CLÁUSULA QUINTA – DOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

5.1) Os objetivos estratégicos para o exercício de 2014 serão os constantes nos Anexos II a V, os quais passam a compor o presente Termo.

### CLÁUSULA SEXTA – DOS ANEXOS

6.1) São Anexos do presente Aditivo e que passam a fazer parte integrante do Contrato Original:

- 6.1.1 - Justificativa do Secretário Municipal de Saúde;
- 6.1.2 - Anexo II – Planejamento Estratégico;
- 6.1.3 - Anexo III – Plano de Prestação de Serviços;
- 6.1.4 - Anexo IV – Sistema de Liberação de Parcelas;
- 6.1.5 - Anexo V – Sistema de Avaliação.



**CLÁUSULA SÉTIMA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

7.1) Ratificam-se, em todos os termos e condições, as demais cláusulas do Contrato de Gestão de origem e posteriores Aditivos, naquilo que não conflitarem com este termo, ora a constituir parte integrante e complementar daqueles.

E, por estarem assim justas e acordadas, firmam, as partes, o presente **ADITIVO** em 02 (duas) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito e que, depois de lido e achado conforme, vai assinado também pelas testemunhas abaixo, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Uberlândia-MG, 30 de dezembro de 2013.

  
**Dario Rodrigues dos Passos**  
Assessor Municipal de Saúde

  
**Ronaldo Ramos Laranjeira**  
SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

Testemunhas:

1ª)

2ª)

\_\_\_\_\_



**JUSTIFICATIVA PARA A CELEBRAÇÃO DO 10º  
ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº  
187/2010, CELEBRADO COM A SPDM –  
ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O  
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA.**

O Secretário Municipal de Saúde e Gestor do SUS, no desenvolvimento de suas atribuições, visando o interesse público, determina a prorrogação do prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 187/2010, firmado com a SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina para administrar o Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro, segundo as normas de Organização Social, qualificada na forma da Lei nº 7.579/2000.

Considerando que a saúde é um direito fundamental do ser humano e dever do Estado, resguardado tanto pela Constituição Federal quanto pela Lei Federal nº 8.080/90;

Considerando o interesse da Administração Municipal em permanecer adstrita ao acordado, haja vista que a prestação dos serviços vem sendo executada satisfatoriamente;

Considerando a natureza essencial e contínua de tais serviços, que não podem sofrer descontinuidade, o que certamente causaria sérios e imprevisíveis transtornos ao Município aos usuários do SUS, que dependem destes serviços prestados;

Considerando, ainda, que os serviços prestados são imprescindíveis à população usuária do Sistema de Saúde Pública Municipal, e sua prorrogação é necessária para que não ocorra a descontinuidade dos serviços prestados, de modo que seja garantida a integralidade dos atendimentos;

Considerando que no Projeto de Lei Orçamentária para o exercício de 2014 estão previstos recursos financeiros para esta custear as atividades daquela Unidade de Saúde,

**JUSTIFICO** o presente aditamento contratual, que encontra amparo na Cláusula Sexta, item 6.2 do contrato original; nos artigos 57, inciso II, § 2º, e 58, inciso I, ambos da Lei 8.666/93; na Cláusula Sexta, item 6.2 do contrato original; nas Leis Municipais nº 7.579/2000, nº 11.032/2011, nº 11.610/13 e na Lei nº 11.675/2013 (LOA 2014).

Uberlândia-MG, 30 de dezembro de 2013.



**Dario Rodrigues dos Passos**  
**Assessor Municipal de Saúde**

**ANEXO II****PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO****1. NEGÓCIO ESSENCIAL DO HOSPITAL E MATERNIDADE DE UBERLÂNDIA**

Prestar serviços de saúde com qualidade aos usuários do SUS (Sistema Único de Saúde), oferecendo assistência hospitalar de média complexidade, alta complexidade na área de UTI, exames de média e alta complexidade, e cirurgias gerais, ginecológicas e ambulatoriais, referenciados pelas Unidades de Atendimento Integrado por meio do Complexo Regulador Municipal.

**2. DIRECIONAMENTO ESTRATÉGICO****• MISSÃO DO HMMU**

"Cuidar de pessoas, dentro dos princípios do SUS, com segurança e sustentabilidade."

**• VISÃO DO HMMU**

"Ser modelo de excelência em serviços de saúde e gestão hospitalar no Brasil."

**• VALORES DO HMMU**

- Ser ético
- Compromisso sócio-ambiental
- Empreendedorismo social
- Transparência
- Respeito ao bem público
- Gentileza
- Compaixão

**3. SERVIÇOS OFERTADOS PELO HMMU****3.1. INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

- Clínica Médica
- Clínica Cirúrgica
- Maternidade
- UTI Adulto
- UTI Neonatal
- Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal

**3.2. CIRURGIAS AMBULATORIAIS E CONSULTAS**

- Primeiras consultas e consultas de egressos
- Cirurgias gerais e especializadas
- Pequenas cirurgias

**3.3. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD (\*)**

- Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar - EMAD
- Equipe Multidisciplinar de Apoio – EMAP

*\* Em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde*



**3.4. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO**

- Agência Transfusional
- Anatomopatologia e citopatologia
- Análises Clínicas/Patologia Clínica
- Diagnóstico em Cardiologia (Ecocardiograma)
- Eletrocardiograma
- Diagnóstico por endoscopia (Endoscopia Digestiva, Colonoscopia)
- Diagnóstico por radiologia (Radiologia Convencional e Contrastada)
- Diagnóstico por ultrassonografia
- Coleta de material por meio de punção/biópsia (mama, próstata)
- Mamografia
- Tomografia Computadorizada
- Ressonância Magnética
- Outros.

**4. PERFIL DOS CLIENTES DO HMMU****4.1 CLÍNICA MÉDICA****4.2 PEDIATRIA (UTI neonatal e cuidados intermediários)****4.3 CIRURGIAS****4.3.1. GERAL****4.3.2. GINECOLÓGICA****4.3.3. MASTOLOGIA****4.3.4. OBSTÉTRICAS****4.3.5. UROLOGIA****4.3.6. TRAUMATO/ORTOPÉDICA****5. CAPACIDADE OPERACIONAL DO HMMU**

O HMMU disporá na sua capacidade instalada de 238 leitos distribuídos conforme a atenção que objetiva prestar a população, que estão constituídos conforme se demonstra no quadro a seguir:

**Capacidade hospitalar instalada no HMMU**

| Especialidade                      | Nº de Leitos |
|------------------------------------|--------------|
| Maternidade                        | 33           |
| Clinica Médica                     | 89           |
| Clinica Cirúrgica                  | 51           |
| UTI                                | Nº de Leitos |
| UTI Adulto                         | 40           |
| UTI Neonatal                       | 10           |
| Cuidados Intermediários (neonatal) | 15           |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>238</b>   |

**Capacidade hospitalar instalada no HMMU para o Bloco Cirúrgico**

| Bloco Cirúrgico     | Nº de Salas |
|---------------------|-------------|
| PPP                 | 4           |
| Cirurgia Obstétrica | 4           |
| Cirurgia Geral      | 6           |
| RPA                 | 1           |
| <b>TOTAL</b>        | <b>15</b>   |

**Unidade de Cirurgia Ambulatorial – UCA**

| UCA                   | Nº de Salas | Nº de Leitos |
|-----------------------|-------------|--------------|
| Preparo e recuperação | 1           | 9            |
| Cirurgia Ambulatorial | 3           |              |
| <b>TOTAL</b>          | <b>4</b>    | <b>9</b>     |

**Unidade de Imagem**

| Setor de Imagem         | Nº de Salas | Nº de Leitos |
|-------------------------|-------------|--------------|
| Tomografia              | 1           | 3            |
| Ressonância             | 1           |              |
| Exames endoscópicos (*) | 1           |              |
| Ultrassom               | 3           | 3            |
| Mamografia              | 1           | 1            |
| <b>TOTAL</b>            | <b>7</b>    | <b>3</b>     |



**ANEXO III**

**PLANO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

**1. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS**

**1.1.** O **HMMU** foi concebido para prestar serviços de saúde, aos usuários do Sistema Único de Saúde - **SUS**, oferecendo assistência hospitalar de média complexidade, alta complexidade na área de UTI, exames de média e alta complexidade e cirurgias ambulatoriais. Toda prestação de serviço é referenciada e regulada pelo Complexo Regulador Municipal.

**1.2.** O **HMMU** deve funcionar durante 24 (vinte e quatro horas) do dia, com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde – **SUS**, adequados em quantidade e qualidade e oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades previstas.

**1.3.** O serviço de Admissão do **HMMU**, deverá solicitar aos pacientes ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente, o Cartão Municipal de Saúde e a documentação de encaminhamento especificada no fluxo estabelecido pela **SMS**.

**1.4.** O **CONTRATADO** fica obrigado a atender pacientes no limite da capacidade dos leitos operacionais disponíveis e deverá cumprir metas estabelecidas propiciando atendimento ágil e de qualidade.

**1.5.** O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **CONTRATADO** serão efetuados através dos dados registrados nos Sistemas de Informações utilizados, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela **CONTRATANTE**.

**2. INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**2.1.** Respeitada a condição de hospital secundário, de acesso regulado, o **HMMU** receberá os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Municipal e a assistência à saúde em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos prioritariamente nas áreas de **CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA CIRÚRGICA, MATERNIDADE e UTI**, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

**2.2.** No processo de hospitalização estão incluídos:

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

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

2.2.3. Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do Sistema Único de Saúde – SUS. A dispensação de medicamentos deverá ser realizada por meio de: dose individualizada por horário, sistema de distribuição de medicamentos por dose unitário, atualmente considerado o melhor sistema de dispensação;

2.2.4. Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante a internação, conforme o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP);

2.2.5. Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;

2.2.6. Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;

2.2.7. Assistência por médico horizontal encarregado da gestão do cuidado dos pacientes sob sua responsabilidade técnica;

2.2.8. Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;

2.2.9. Material descartável necessário para os procedimentos clínicos, cirúrgicos, cuidados de enfermagem e tratamentos;

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

2.2.11. Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Cuidados Intermediários, se necessário;

2.2.12. Sangue e hemoderivados;

2.2.13. Hemodiálise;

2.2.14. Fornecimento de roupas hospitalares.

### **3. CIRURGIAS AMBULATORIAIS, PRIMEIRAS CONSULTAS E CONSULTAS DE EGRESSOS.**

**3.1.** Estão previstos os seguintes serviços relativos ao atendimento:

**3.1.1.** Primeira Consulta (para os casos de cirurgia);

**3.1.2.** Consultas de Egressos;

**3.1.3. Cirurgia Ambulatorial**

**3.2.** Entende-se por Primeira Consulta, a consulta inicial de paciente referenciado pelo Complexo Regulador Municipal a um profissional de determinada especialidade, em razão de uma determinada patologia que exige intervenção cirúrgica.

**3.3.** Entende-se por Consulta de Egressos, a consulta para paciente que estiveram internados no Hospital, sendo o fluxo garantido pelo agendamento no momento da alta hospitalar.

**3.4.** Será considerada intervenção ambulatorial aqueles atos cirúrgicos ou procedimentos de apoio diagnóstico que necessitem de sedação e realizados nas salas cirúrgicas da Unidade de Cirurgia Ambulatorial que não requeiram hospitalização e neles está incluído todos os procedimentos que sejam necessários realizar dentro do período de 15 dias subsequentes à intervenção cirúrgica propriamente dita.

**4. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO**

O HMMU oferecerá serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, para os pacientes internados e/ou que recebam atendimento ambulatorial e referenciados pela Central de REGulação.

**5. CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO - CME**

A CME será responsável pelo processo de esterilização de instrumentais e materiais utilizados no HMMU e pelos instrumentais e materiais encaminhados pelas Unidades de Atendimento Integrado (UAI) da Rede Municipal.

**6. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD**

Tem como objetivo a desospitalização dos pacientes crônicos, otimizando a utilização dos leitos hospitalares, ampliando a rotatividade dos leitos e possibilitando a recuperação do paciente em ambiente familiar, acompanhando em domicílio o tratamento, orientando os cuidados necessários que transcorrem após a alta hospitalar. Esse serviço estará sob a gestão da SMS e desenvolvido em parceria com o HMMU.

**7. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO**

Através de Termo Aditivo, o Contratante poderá acrescentar serviços e outras atividades diferentes daquelas constantes neste Anexo, após serem submetidas à análise técnica em

conjunto com a contratada e a respectiva orçamentação dos novos serviços, sendo quantificadas separadamente em novo aditivo, sempre que necessário.

## 8. ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

### 8.1. Internação Hospitalar – Leitos Normais

O CONTRATADO deverá realizar um número de saídas hospitalares mensais conforme especificado nas tabelas apresentadas a seguir.

#### *Consolidado de estimativas das Metas Hospitalares de Internações*

| Especialidade     | Leitos | Saída/Mês | Média de Permanência | Taxa de Ocupação | Índice de Renovação | Índice de Int. Subst. |
|-------------------|--------|-----------|----------------------|------------------|---------------------|-----------------------|
| CLÍNICA MÉDICA I  | 89     | 240       | 10,0 dias            | ≥ 90%            | 3,2                 | 0,9                   |
| MATERNIDADE       | 31(*)  | 316       | 2,5 dias             | ≥ 85%            | 10,2                | 0,4                   |
| CLÍNICA CIRÚRGICA | 51     | 448       | 2,9 dias             | ≥ 85%            | 10,2                | 0,4                   |

(\*) 02 leitos bloqueados

*Clínica Cirúrgica Feminina, por estar em área próxima à Maternidade e onde ficarão internadas pacientes que demandem cirurgias eletivas não contaminadas do sexo feminino.*

|                    |                              |               |
|--------------------|------------------------------|---------------|
| Clínica Obstétrica | Taxa de Cesárea em Primípara | Máximo de 40% |
|--------------------|------------------------------|---------------|

### 8.2. Internação Hospitalar – Serviços Intensivos e Cuidados Intermediários

O CONTRATADO deverá realizar um número de saídas hospitalares mensais relacionadas com os serviços intensivos e cuidados intermediários conforme especificado na tabela apresentadas a seguir.

#### *Consolidado de estimativas das Metas Hospitalares de Serviços Intensivos e Cuidados Intermediários*

| Especialidade     | Leitos | Saída/Mês | Média de Permanência | Taxa de Ocupação | Índice de Renovação | Índice de Int. Subst. |
|-------------------|--------|-----------|----------------------|------------------|---------------------|-----------------------|
| UTI NEONATAL      | 10     | 25        | 10,0 dias            | ≥ 85%            | 2,9                 | 1,6                   |
| CUID. INTERM. NEO | 15     | 47        | 8 dias               | ≥ 85%            | 3,2                 | 1,4                   |
| UTI ADULTO        | 40     | 144       | 7,5 dias             | ≥ 90%            | 3,6                 | 0,8                   |

### 8.3. Cirurgias Ambulatoriais, Primeiras Consultas e Consultas de Egressos de Especialidades Cirúrgicas

O **CONTRATADO** deverá realizar um número de atendimento mensal de cirurgias ambulatoriais, primeiras consultas e consultas de egressos, incluídos os retornos e as consultas subsequentes conforme especificado na tabela apresentada a seguir:

| Especificação Do Atendimento                       | Atendimento/Mês |
|----------------------------------------------------|-----------------|
| Primeira Consulta de Especialidades Cirúrgicas (*) | 470             |
| Consultas de Egressos de Especialidade Cirúrgicas  | 350             |
| Consultas de egressos - UCA                        | 70              |
| Primeira Consulta de Cirurgia Ginecológica (**)    | 235             |
| Consulta Pré-anestésica (**)                       | 350             |
| Consultas de Egressos de Clínica                   | 120             |
| <b>TOTAL</b>                                       | <b>1.245</b>    |

\* Consultas de Especialidades Cirúrgicas (geral, vascular, torácica, mastologia, urologia, otorrino, ortopédica);

\*\* As consultas da anestesiologia pressupõem somente as referentes às cirurgias eletivas.

| Procedimentos Invasivos Ambulatoriais | Atendimento/Mês |
|---------------------------------------|-----------------|
| Geral                                 | 300             |
| Urologia                              |                 |
| Ortopedia                             |                 |
| Proctologia                           |                 |
| Outros procedimentos (*)              |                 |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>300</b>      |

\* Outros procedimentos são exames que demandem anestesiologia, como: endoscopia, broncoscopia, colonoscopia e exames de eletroencefalografia com sedação.

#### 8.4. Atendimento Cirúrgico

O **CONTRATADO** deverá realizar mensalmente procedimentos cirúrgicos conforme especificado na tabela abaixo:

| Procedimentos Cirúrgico-Seletivos (6 Salas)                                               | Procedimento/Mês |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Cirurgias ortopédicas (Fratura de colo de fêmur, demais fraturas referenciadas pela rede) | 365              |
| Cirurgia Geral (Cirurgia urológica e outras)                                              |                  |
| Cirurgia Otorrino                                                                         |                  |
| Cirurgia Ginecológica                                                                     | 115              |
| <b>TOTAL DE CIRURGIAS</b>                                                                 | <b>480</b>       |

O total de 480 cirurgias eletivas se refere à programação para seis salas cirúrgicas.

#### 8.5. Atendimento SIA/SIH/SUS

O **CONTRATADO** deverá realizar mensalmente um número de procedimentos e informações ao SIA e SIH/SUS conforme especificado na tabela abaixo:

| Descrição                           | Procedimentos/Mês |
|-------------------------------------|-------------------|
| Consulta Ambulatorial (SIA-SUS)     | 2.800             |
| Procedimento Ambulatorial (SIA-SUS) | 23.928            |
| Atendimento Hospitalar (SIH - SUS)  | > 1.200           |
| Diárias UTI Adulto*                 | 1.080             |
| Diárias UTI Neonatal**              | 255               |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>29.263</b>     |

\* Considerar 40 leitos de UTI adulto em funcionamento com ocupação de 90%.

\*\* Considerar ocupação média de 70% UTI Neonatal.

#### 8.6 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)



O **CONTRATADO** oferecerá mensalmente os serviços de **SADT** abaixo relacionados, a pacientes atendidos pelo hospital. Caso haja capacidade instalada disponível, o hospital poderá fazer exame de pacientes externos oriundos de outros serviços públicos municipais de saúde, de acordo com o fluxo e critérios definidos pela **CONTRATANTE**.

| <b>SADT</b>                                            | <b>Quantidade de Exames</b> |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>INTERNOS</b>                                        |                             |
| Análise Clínica                                        | 27.000                      |
| Análise Histopatológica                                | 350                         |
| RAIO X                                                 | 2.200                       |
| RAIO X Contrastado                                     | -                           |
| Diagnóstico em Hemoterapia                             | 120                         |
| Diagnóstico em Cardiologia (ecocardiograma)            | 100                         |
| Ultrassonografia                                       | 240                         |
| Mamografia                                             | -                           |
| Tomografia                                             | 180                         |
| Ressonância Magnética                                  | 20                          |
| Endoscopia                                             | 50                          |
| Eletrocardiograma                                      | 260                         |
| <b>TOTAL DE EXAMES INTERNOS</b>                        | <b>30.520</b>               |
| <b>EXTERNOS</b>                                        |                             |
| Diagnóstico em Cardiologia (ecocardiograma)            | 280                         |
| RAIO X Contrastado                                     | 20                          |
| Eletroencefalograma                                    | 100                         |
| Ultrassonografia                                       | 600                         |
| Mamografia                                             | 400                         |
| Tomografia                                             | 400                         |
| Ressonância Magnética                                  | 300                         |
| Exames Endoscópicos (Endoscopia/Colonoscopia)          | 200                         |
| CPRE (Colangio Pancreatografia Retrograda Endoscópica) | 24                          |
| <b>TOTAL EXAMES EXTERNOS</b>                           | <b>2.324</b>                |

### **8.7 Faturamento SIH SUS**

100% das AIH devem ser processadas no SIH, não podendo acontecer glosas em decorrência de problemas internos do hospital acima de 10%.



**ANEXO IV****SISTEMA DE LIBERAÇÃO DE PARCELAS**

1. Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma de desembolso dos recursos financeiros, ficam estabelecidos os princípios e procedimentos a seguir explicitados.
2. A atividade assistencial do **CONTRATADO** subdivide-se em **04** modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no **ANEXO III – PLANO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, a saber:
  - 2.1. Atendimento Hospitalar (internação)
  - 2.2. Atendimento Cirurgias Ambulatoriais, Primeiras Consultas e Consultas de Egressos.
  - 2.3. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT
  - 2.4. Serviço de Atenção Domiciliar - SAD
3. As modalidades de atividade assistenciais acima relacionadas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários do **HMMU**.
4. Além das atividades de rotina, o hospital poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no **item 05 do ANEXO III – PLANO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, respeitadas as limitações previstas em lei.
5. O montante do orçamento econômico-financeiro global destinado às despesas do **HMMU** está estimado em **R\$ 97.804.080,00 (noventa e sete milhões, oitocentos e quatro mil e oitenta reais)**, referentes aos meses de **janeiro a dezembro de 2014**.
6. Referido orçamento foi formatado em função das linhas de atividade assistencial e obedece ao disposto no quadro da **Programação Financeira** abaixo.
7. As parcelas serão liberadas na seguinte conformidade:
  - 7.1. **R\$ 82.960.522,80 (oitenta e dois milhões, novecentos e sessenta mil, quinhentos e vinte e dois reais e oitenta centavos)** serão repassados em **12 (doze)** parcelas mensais, sendo: **01 (uma)** parcela de **R\$ 7.161.212,21 (sete milhões, cento e sessenta e um mil, duzentos e doze reais e vinte e um centavos)** a ser paga no mês de **janeiro de 2014**; **09 (nove)** parcelas de **R\$ 7.211.212,21 (sete milhões, duzentos e onze mil, duzentos e doze reais e vinte e um centavos)** a serem pagas nos meses de **fevereiro a outubro de 2014**; **01 (uma)** parcela de **R\$ 5.424.200,35 (cinco milhões, quatrocentos e vinte e quatro mil, duzentos reais e trinta e cinco centavos)** a ser paga no mês de **novembro de 2014**; e **01 (uma)** parcela de **R\$ 5.474.200,35 (cinco milhões, quatrocentos e setenta e quatro mil, duzentos reais e trinta e cinco centavos)** a ser paga no mês de **dezembro de 2014**.

7.2. **R\$ 12.712.166,40 (doze milhões, setecentos e doze mil, cento e sessenta e seis reais e quarenta centavos)** serão repassados em **12 (doze)** parcelas, juntamente com as parcelas fixas, no valor de até **R\$ 1.059.347,20 (um milhão, cinquenta e nove mil, trezentos e quarenta e sete reais e vinte centavos)**, nos meses de **janeiro a dezembro de 2014**, vinculados à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração – **Parcela Variável** –, de acordo com o estabelecido no **Anexo V – Sistema de Avaliação** do Contrato de Gestão;

7.3. **R\$ 2.131.390,80 (dois milhões, cento e trinta e um mil, trezentos e noventa reais e oitenta centavos)** a ser depositado em **12 (doze)** parcelas fixas no valor de até **R\$ 177.615,90 (cento e setenta e sete mil, seiscentos e quinze reais e noventa centavos)** nos meses de **janeiro a dezembro de 2014**, destinados à conta específica para fim de se cobrir ao pagamento integral do **Passivo Trabalhista** presente e futuro, compreendendo exclusivamente as verbas relativas à multa do FGTS;

8. Visando o acompanhamento e avaliação do **CONTRATO DE GESTÃO** e o cumprimento das atividades estabelecidas para o **CONTRATADO** no **ANEXO III – PLANO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, o mesmo deverá encaminhar mensalmente, até o **10º dia**, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo **HMMU**.

9. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade e movimentação de recursos econômicos e financeiros serão encaminhadas via Internet, e impressas nos prazos por ela estabelecidos.

10. A **CONTRATANTE** procederá à análise mensal dos dados enviados pelo **CONTRATADO** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na **Cláusula Oitava** do Contrato de Gestão.

11. Nos sexto e décimo segundo mês, a **CONTRATANTE** procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo **CONTRATADO**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO**.

12. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividade assistencial ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de **Termo Aditivo ao Contrato de Gestão**, na forma e limites estabelecidos em lei.

13. A análise referida no **item 11** deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados **Termos Aditivos ao Contrato de Gestão** em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo **CONTRATADO** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades do **HMMU**, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

14. Os Termos Aditivos que venham a ser firmados sejam estes para adição ou supressão nas quantidades de atividade assistencial pactuadas, serão estabelecidos na conformidade e nos limites do que dispõe a legislação que regula a matéria.

15. A programação financeira relativa à liberação dos recursos está detalhada nas tabelas apresentadas a seguir:

**PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA**  
**CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DOS RECURSOS**

**RECURSOS FINANCEIROS**

| Mês          | Parcela Fixa (R\$)   | Parcela Variável (R\$) | Conta Especial (R\$) | Total (R\$)          |
|--------------|----------------------|------------------------|----------------------|----------------------|
| Janeiro      | 7.161.212,21         | 1.059.347,20           | 177.615,90           | 8.398.175,31         |
| Fevereiro    | 7.211.212,21         | 1.059.347,20           | 177.615,90           | 8.448.175,31         |
| Março        | 7.211.212,21         | 1.059.347,20           | 177.615,90           | 8.448.175,31         |
| Abril        | 7.211.212,21         | 1.059.347,20           | 177.615,90           | 8.448.175,31         |
| Mai          | 7.211.212,21         | 1.059.347,20           | 177.615,90           | 8.448.175,31         |
| Junho        | 7.211.212,21         | 1.059.347,20           | 177.615,90           | 8.448.175,31         |
| Julho        | 7.211.212,21         | 1.059.347,20           | 177.615,90           | 8.448.175,31         |
| Agosto       | 7.211.212,21         | 1.059.347,20           | 177.615,90           | 8.448.175,31         |
| Setembro     | 7.211.212,21         | 1.059.347,20           | 177.615,90           | 8.448.175,31         |
| Outubro      | 7.211.212,21         | 1.059.347,20           | 177.615,90           | 8.448.175,31         |
| Novembro     | 5.424.200,35         | 1.059.347,20           | 177.615,90           | 6.661.163,45         |
| Dezembro     | 5.474.200,35         | 1.059.347,20           | 177.615,90           | 6.711.163,45         |
| <b>TOTAL</b> | <b>82.960.522,80</b> | <b>12.712.166,40</b>   | <b>2.131.390,80</b>  | <b>97.804.080,00</b> |

16. O valor da parcela variável do respectivo mês será repassada juntamente com a parcela fixa do mês subsequente ao da avaliação mensal dos indicadores constantes nos Anexos II e III do Contrato.

17. Nas transferências de recursos necessários à execução do contrato, está contemplada, como parte integrante do custo de sua execução, as quantias necessárias ao pagamento integral do passivo trabalhista, compreendendo exclusivamente as verbas rescisórias relativas à multa do FGTS.

18. Os valores a que se refere ao item anterior serão mantidos em conta específica a ser movimentada exclusivamente no pagamento de verbas rescisórias relativas à multa do FGTS e seus reflexos conforme regulamento expedido pelo Poder Executivo Municipal, de comum acordo com a Contratada.

19. A isenção da quota patronal de contribuição previdenciária, ou de qualquer tributo ou taxa de que seja ou venha a ser beneficiária a OS, será considerada exclusivamente como fator determinante de redução de custos, e o valor do benefício não poderá ser incluído na composição de preços operacionais.

**ANEXO V****SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO**
**1. INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE MENSALMENTE ATÉ  
O DIA 10**
**1.1. Altas Hospitalares**

O número mensal de saídas hospitalares comprovadas através da AIH, agrupadas por clínicas, conforme tabela a seguir e de acordo com o volume de atividade assistencial:

| Hospitalização              | Total Saídas | Óbitos | Taxa de Ocupação | Taxa de Permanência | Índice de Renovação | Índice de Intervalo de Substituição |
|-----------------------------|--------------|--------|------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------------|
| Clínica Médica I            |              |        |                  |                     |                     |                                     |
| Clínica Cirúrgica           |              |        |                  |                     |                     |                                     |
| Maternidade                 |              |        |                  |                     |                     |                                     |
| UTI (Adulto)                |              |        |                  |                     |                     |                                     |
| UTI (Neo)                   |              |        |                  |                     |                     |                                     |
| Cuidados Intermediários Neo |              |        |                  |                     |                     |                                     |
| Outros                      |              |        |                  |                     |                     |                                     |
| <b>TOTAL</b>                |              |        |                  |                     |                     |                                     |

**1.2. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)**

Atividade relativa aos exames de apoio diagnóstico que realiza, conforme tabela a seguir e de acordo com o volume de atividade assistencial. O registro dessa atividade refere-se a pacientes do próprio hospital e, também, àqueles pacientes provenientes do SUS para a realização da atividade em questão (pacientes externos), quando for o caso.

| EXAME                                                  | EXTERNOS |
|--------------------------------------------------------|----------|
| Diagnóstico em Cardiologia (ecocardiograma)            |          |
| RAIO X Contrastado                                     |          |
| Eletroneuroflograma                                    |          |
| Ultrassonografia                                       |          |
| Mamografia                                             |          |
| Tomografia                                             |          |
| Ressonância Magnética                                  |          |
| Exames Endoscópicos (Endoscopia/Colonoscopia)          |          |
| CPRE (Colangio Pancreatografia Retrograda Endoscópica) |          |
| <b>TOTAL</b>                                           |          |

## 2. INDICADORES RELACIONADOS A AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DAS ATIVIDADES CONTRATADAS

O CONTRATADO informará mensalmente até o dia 10 as seguintes informações:

### 2.1. De Acesso

#### 2.1.1. Número de internações e encaminhamentos da Regulação Municipal

| Total Encaminhamentos SUS Fácil | Total de Pacientes Internados |
|---------------------------------|-------------------------------|
|                                 |                               |

#### 2.1.2. Número de saídas com prévio agendamento

| Garantia da Continuidade de Atenção | Nº de saídas com prévio agendamento na rede de atenção básica e nas equipes de saúde da família para continuidade da atenção no período/nº de saídas x 100 |  |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                     |                                                                                                                                                            |  |

### 2.2. Qualidade Da Assistência Prestada

2.2.1. Apresentar lista de presença ou ata das reuniões mensais das comissões instituídas

| Comissões | Atas do Mês |
|-----------|-------------|
|           |             |

#### 2.2.2. Taxa de cesárea em primíparas

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Taxa de Cesárea em Primípara |  |
| Total de Parto Normal        |  |
| Total de Parto Cesáreo       |  |

### 2.3. Efetividade/Segurança

|                                           |                                                                                           |  |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Taxa de pacientes com Infecção Hospitalar | Nº de Infecção ocorridas no período/Nº de altas no mesmo período x 100                    |  |
| Taxa de mortalidade institucional         | Nº de óbitos ocorridos em pacientes internados/Nº pacientes que tiveram saídas no período |  |

### 2.4. Eficiência

|                                                                                                 |                                                                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Ocupação do Centro Cirúrgico (Mínimo de 80 cirurgias por sala/mês)                              | Nº de cirurgias realizadas no mês/6 (número de salas cirúrgicas)                      |  |
| Procedimentos na Unidade de Cirurgia Ambulatoriais (Mínimo de 100 procedimentos por sala/mês)   | Nº de procedimentos realizados no mês/3 (número de salas cirúrgicas)                  |  |
| Taxa de readmissão de pacientes de Clínica Médica                                               | Nº pacientes readmitidos com o mesmo diagnóstico/Nº altas realizadas no período x 100 |  |
| Taxa de Ocupação Operacional (clínica médica, cirúrgica, maternidade, UTI adulto, UTI neonatal) | Nº de pacientes/dia em um mesmo período/Nº de leitos/dia em um mesmo período X 100    |  |
| Taxa de Permanência por clínica médica, cirúrgica, maternidade, UTI adulto, UTI neonatal        | CM=10; Maternidade=2,5; Clínica Cirúrgica=2,9; UTI Neo=10; CI Neo=8,0; UTI Adulto=7,5 |  |



**2.5. Centralidade no Paciente**

|                                        |                                                                                                                        |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Recebimento de Informe de Alta         | Apresentar lista nominal dos pacientes com endereço/telefone que receberam o informe de alta, com assinatura do mesmo. |
| Satisfação do cliente/paciente/usuário | Aplicar instrumento de coleta de dados e apresentação dos resultados, considerando total de saídas X 5/100             |
| Responder OuvidorSus em tempo hábil    | Nº de reclamações no período/Nº de respostas no período X 100                                                          |

**2.6. Recursos Humanos**

|                                             |                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Índice de Absenteísmo                       | Total de homens/horas perdidas/ Total de homens/horas trabalhadas x 100                                                         |
| Índice de Rotatividade                      | Nº Admissões + Demissões ocorridas no período/2 x 100/Efetivo médio dentro do período considerado                               |
| Distribuição de profissionais por categoria | Apresentar listagem com número de profissionais e suas respectivas carga horária por categoria, pelas diversas sub áreas/áreas. |

**2.7. Recursos Econômico-Financeiro**

|                                                                                       |                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Liquidez Geral                                                                        | Ativo circulante + Ativo não circulante (realizável a longo prazo)/Passivo circulante + Passivo não circulante (exigível a longo prazo) |
| Apresentação das guias de recolhimento dos tributos e encargos                        | Apresentar o comprovante das quitações das obrigações tributárias e trabalhistas, principais e acessórias.                              |
| Cumprimento das obrigações de faturamento (AIH e SIA) dentro das normas estabelecidas | Apresentar planilha com faturamento físico/orçamentário e índice de rejeição das internações e atendimentos ambulatoriais.              |



## NÚCLEO DE AVALIAÇÃO DE CONTRATOS

### 3. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DAS ATIVIDADES CONTRATADAS

- 3.1. Os indicadores serão avaliados conforme cronograma de implantação das atividades assistenciais.
- 3.2. Os indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual considerando o tempo de funcionamento da unidade. Novos indicadores serão introduzidos no processo de avaliação, no entanto, tornam-se pré-requisitos para os demais que continuam a ser monitorados e avaliados, porém sem efeito financeiro.
- 3.3. As parcelas constantes no **Anexo IV – Sistema de Liberação de Parcelas** serão liberadas com base nos seguintes indicadores:

| AÇÕES OPERACIONAIS                   |                                                                                    |                                                                                                                                                                    |               |                                                                                   |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Princípios de Diretrizes             | Indicador                                                                          | Forma de cálculo/apresentação do Indicador                                                                                                                         | Meta 2014     | Pontuação                                                                         |
| 1. Acesso                            | Disponibilização permanente de informações atualizadas na sistemática de avaliação | Nº absoluto de relatórios mensais enviados dentro do prazo estabelecido                                                                                            | Relatório/mês | Pré-requisito sem correspondência financeira                                      |
|                                      | Pacientes regulados pela Central de Regulação via SUS Fácil                        | Nº de usuários atendidos referenciados pela Regulação Municipal/Nº de usuários encaminhados pela Regulação Municipal                                               | 100%          | Pré-requisito sem correspondência financeira                                      |
|                                      | Garantia de continuidade da atenção                                                | Número de saídas com prévio agendamento na rede de atenção básica e nas equipes de saúde da família para continuidade da atenção no período/número de saídas x 100 | 80%           | 5                                                                                 |
| 2. Qualidade da Assistência Prestada | Manter comissões especiais em pleno funcionamento                                  | Apresentar atas ou lista de presença das respectivas comissões instituídas conforme periodicidade definida no Regimento Interno e Relatório de Atividades          | 100%          | 2                                                                                 |
|                                      | Taxa de cesárea em primíparas                                                      | Nº de partos cesáreas realizados em primíparas no mês/Nº de partos em primíparas no período x 100                                                                  | Máximo de 40% | Até 40% = 10<br>Entre 41% e 54,9% = 7,5<br>Entre 55% e 69,9% = 5<br>Maior 70% = 0 |

## NÚCLEO DE AVALIAÇÃO DE CONTRATOS

| 3. Efetividade/<br>Segurança | Taxa de pacientes com Infecção Hospitalar                                                           | Nº de Infecções ocorridas no período/Nº de altas no mesmo período x 100                                               | Acompanhamento                                                                                   | Pré-requisito sem correspondência financeira |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|                              |                                                                                                     |                                                                                                                       |                                                                                                  |                                              |
| 4. Eficiência                | Taxa de mortalidade institucional                                                                   | Nº de óbitos ocorridos em pacientes internados/Nº pacientes que tiveram saídas no período                             | ≤ 4,5                                                                                            | 5                                            |
|                              | Ocupação do Centro Cirúrgico                                                                        | Nº de cirurgias realizadas no mês/ 6 (número de salas cirúrgicas)                                                     | Mínimo de 80 cirurgias por sala/mês                                                              | 20                                           |
|                              | Procedimentos na Unidade de Cirurgia Ambulatoriais                                                  | Nº de procedimentos realizados no mês/3 (número de salas cirúrgicas)                                                  | Mínimo de 100 procedimentos por sala/mês                                                         | 14                                           |
|                              | Taxa de readmissão de pacientes de Clínica Médica                                                   | Nº pacientes readmitidos com o mesmo diagnóstico/Nº altas realizadas no período x 100                                 | Máximo de 10% para reinternações em até 28 dias                                                  | 4                                            |
|                              | Taxa de Ocupação Operacional (clínica médica, cirúrgica, maternidade, UTI adulto, UTI neonatal)     | Nº de pacientes/dia em um mesmo período/Nº de leitos/dia em um mesmo período x 100                                    | ≥ 85%                                                                                            | 5                                            |
|                              | Taxa de Permanência por clínica da clínica médica, cirúrgica, maternidade, UTI adulto, UTI neonatal | Total de pacientes ao dia em um período/Total de pacientes com alta no mesmo período x 100                            | CM= 10<br>Maternidade=2,5<br>Clínica Cirúrgica=2,9<br>UTI Neo=10<br>CI Neo=8,0<br>UTI Adulto=7,5 | 10                                           |
| 5. Centralidade No Paciente  | Recebimento de Informe de Alta                                                                      | Apresentar lista nominal dos pacientes com endereço/telefone que receberam o informe de alta, com assinatura do mesmo | 20% por clínica                                                                                  | 3                                            |
|                              | Satisfação do cliente/paciente/usuário                                                              | Aplicação de instrumento de coleta de dados e apresentação dos resultados, considerando total de saídas x 5/100       | 100%                                                                                             | Pré-requisito sem correspondência financeira |
|                              | Responder OuvidorSus em tempo hábil                                                                 | Nº de reclamações no período/Nº de respostas x 100                                                                    | 100%                                                                                             | 5                                            |
| 6. Recursos Humanos          | Índice de Absenteísmo                                                                               | Total de homens/horas perdidas/Total de homens/horas trabalhadas x 100                                                | Valores ≥ a 2% e ≤ a 3%                                                                          | 3                                            |
|                              | Índice de Rotatividade                                                                              | Nº Admissões + Demissões ocorridas no período/2 x 100/Efetivo médio dentro do período considerado                     | Acompanhamento                                                                                   | Pré-requisito sem correspondência financeira |

## NÚCLEO DE AVALIAÇÃO DE CONTRATOS



|                                         | Distribuição de profissionais por categoria                                                       | Apresentar listagem com número de profissionais e suas respectivas cargas horárias por categoria, pelas diversas sub áreas/áreas | Relatório/mês | 2                                            |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------|
| <b>7. Recursos Econômico-Financeiro</b> | Liquidez Geral                                                                                    | Ativo circulante + Ativo realizável a longo prazo / Passivo circulante + Passivo exigível a longo prazo                          | Relatório/mês | 2                                            |
| <b>8. Outras Obrigações Contratuais</b> | Cumprimento das obrigações além das constantes das especificações técnicas dos Anexos I, II e III | Verificação por meio de visitas e resposta de ofícios e documentos solicitados                                                   | 100%          | Pré-requisito sem correspondência financeira |
|                                         | Cumprimento das obrigações de faturamento (AIH e SIA) dentro das normas estabelecidas             | Apresentar planilha com faturamento físico/orçamentário e índice de rejeição das internações e atendimentos ambulatoriais.       | Relatório/mês | 5                                            |
|                                         | Apresentação das guias de recolhimento dos tributos e encargos                                    | Apresentar o comprovante das quitações das obrigações tributárias e trabalhistas, principais e acessórias.                       | 100%          | 5                                            |

3.4. Os valores apontados para valoração de cada um dos indicadores qualitativos serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago.

| PONTUAÇÃO            | META REALIZADA                                         | VALOR DA PARCELA             |
|----------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------|
| 85 a 100 pontos      | Entre 85% e 100% da meta dos indicadores de qualidade  | 100%                         |
| 70 a 84,9 pontos     | Entre 70% e 84,99% meta dos indicadores de qualidade   | 80% X parcela variável (R\$) |
| 69,9 a 50 pontos     | Entre 69,9% e 50% da meta dos indicadores de qualidade | 50% X parcela variável (R\$) |
| Menos de 49,9 pontos | Menor que 49,9% da meta dos indicadores de qualidade   | 0% da parcela variável (R\$) |