

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATO DE GESTÃO N.º 001/2025/SES/MT

PROCESSO N.º SES-PRO-2025/22650

PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA DE ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS, qualificada como **ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE JUNTO AO ESTADO DE MATO GROSSO**, para celebrar **CONTRATO DE GESTÃO**, conforme definido neste edital e seus anexos, para **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL REGIONAL DOUTOR ANTÔNIO FONTES E SEU ANEXO I, LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE CÁCERES**, em regime 24h, que assegure assistência universal, integral e gratuita à população, em consonância com a Lei Complementar n.º 583, de 17 de janeiro de 2017, com o Decreto n.º 764, de 29 de fevereiro de 2024, e com a Lei n.º 8.080/1990, sem prejuízo das demais legislações e normativas vigentes.

Sumário

1. DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS.....	4
2. DO OBJETO, DO VALOR E DA VIGÊNCIA.....	5
3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS.....	6
4. DA DOCUMENTAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA E DA FORMA DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS.....	7
4.2.1. Quanto à habilitação jurídica da OSS - CADERNO 1:.....	9
4.2.2. Quanto à habilitação fiscal e trabalhista da OSS - CADERNO 2:.....	9
4.2.3. Quanto à habilitação econômico-financeira - CADERNO 3:.....	10
4.2.4. Quanto à habilitação técnica - CADERNO 4:.....	10
4.2.5. Quanto às propostas de trabalho - CADERNO 5 e CADERNO 6:.....	10
4.2.6. Quanto à documentação para pontuação classificatória - AVALIAÇÃO GERAL DA OSS - CADERNO 7:.....	12
5. DA VISITA TÉCNICA E DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS/IMPUGNAÇÕES.....	13
6. DA ANÁLISE E JULGAMENTO DAS PROPOSTAS.....	14
7. DOS RECURSOS.....	15
8. DO RESULTADO DO PROCESSO DE SELEÇÃO E CONVOCAÇÃO DA ENTIDADE VENCEDORA.....	16
9. DA SUCESSÃO.....	18
10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS.....	19
ANEXO I – 1. ESTUDO TÉCNICO.....	20
ANEXO A DO ESTUDO TÉCNICO - MEMÓRIA DE CÁLCULO DA ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL.....	67
ANEXO II – 2. PLANO DE TRABALHO.....	68
ANEXO A DO PLANO DE TRABALHO.....	88
ANEXO B DO PLANO DE TRABALHO.....	183
ANEXO C DO PLANO DE TRABALHO.....	190
ANEXO D DO PLANO DE TRABALHO.....	198
ANEXO III – 3. REQUISITOS CLASSIFICATÓRIOS E SEUS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO.....	214
Quadro 01. Detalhamento dos requisitos de avaliação geral da OSS, critérios de avaliação, comprovação documental e pontuação correspondente a cada comprovação.....	214
Quadro 02. Detalhamento dos requisitos de avaliação da proposta de trabalho da Unidade I: Hospital Regional Dr. Antônio Fontes (CNES 2534460): critérios de avaliação, comprovação documental e pontuação correspondente a cada comprovação.....	217
Quadro 03. Detalhamento dos requisitos de avaliação da proposta de trabalho da Unidade II: Hospital Regional Dr. Antonio Fontes - Anexo I (CNES 2534460): critérios de avaliação, comprovação documental e pontuação correspondente a cada comprovação.....	223
Quadro 04. Detalhamento dos requisitos e indicadores de avaliação que serão utilizados para a compreensão global das propostas de trabalho das Unidades I e II/Anexo I, integrantes do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes, utilizando-se de abordagem qualitativa.....	229
ANEXO IV – 4. ESTIMATIVA DE TETO DE VALOR DE CUSTEIO, INVESTIMENTO E RESERVA LEGAL.....	231
ANEXO V – 5. MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO E SEUS ANEXOS.....	233
1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO.....	233
1.1.1. Identificação das unidades hospitalares:.....	233
2. CLÁUSULA SEGUNDA – DA ESPECIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE TRABALHO.....	234
2.1. UNIDADE I - Hospital Regional Dr. Antônio Fontes (CNES 2534460).....	234

2.2. UNIDADE II - Hospital Regional Dr. Antônio Fontes Anexo I (CNES 2395037).....	236
3. CLÁUSULA TERCEIRA – DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS A SEREM ATINGIDAS E DOS INDICADORES DE QUALIDADE, PRODUTIVIDADE E EXCELÊNCIA EM GESTÃO.....	237
4. CLÁUSULA QUARTA – DA FORMA E DO MODO DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS.....	238
5. CLÁUSULA QUINTA - DA INTERVENÇÃO DO ESTADO.....	238
6. CLÁUSULA SEXTA – DO VALOR DE CUSTEIO E DE INVESTIMENTO, DA RESERVA LEGAL E DA CONTA GARANTIA.....	239
7. CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA.....	244
8. CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA SES/MT.....	245
9. CLÁUSULA NONA – DAS OBRIGAÇÕES DA OSS CONTRATADA.....	247
10. CLÁUSULA DEZ – DAS VEDAÇÕES.....	260
11. CLÁUSULA ONZE – DOS BENS MÓVEIS.....	261
12. CLÁUSULA DOZE – DO MONITORAMENTO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO	263
12.6. Compete ao gestor do contrato:.....	263
12.7. Compete à Comissão de Fiscalização do Contrato de Gestão:.....	264
12.8. Compete à Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação:.....	265
12.9. Compete à CONTRATADA, no âmbito do monitoramento, controle, avaliação e fiscalização do contrato:..	266
12.10. CICLOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS E AVALIAÇÃO.....	267
13. CLÁUSULA TREZE - DAS SANÇÕES E DA RESCISÃO CONTRATUAL.....	268
14. CLÁUSULA QUATORZE - DO FORO.....	271
ANEXO VI – 6. CRONOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA.....	272
ANEXO VII – 7. FORMULÁRIO DE ENVIO DE PROPOSTA.....	273
ANEXO VIII – 8. QUANTITATIVO DE SERVIDORES EFETIVOS DA SES/MT EM EXERCÍCIO NAS UNIDADES.....	274
ANEXO IX – 9. MINUTA DE TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS.....	277
ANEXO X – 10. MINUTA DE TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS IMÓVEIS.....	281
ANEXO XI – 11. ATESTADO DE VISITA TÉCNICA.....	284
ANEXO XII – 12. MODELO DO REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÃO DA CONTRATADA.....	285

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATO DE GESTÃO N.º 001/2025/SES/MT
PROCESSO N.º SES-PRO-2025/22650**

1. DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

1.1. O ESTADO DE MATO GROSSO, por meio da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES/MT, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com a Lei Complementar n.º 583/2017 e o Decreto n.º 764/2024, torna público o presente edital de PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA DE ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS, conduzido pelas comissões designadas pela Portaria n.º 0839/2024/GBSES e suas atualizações, em observância ao art. 5º, inciso I, alíneas 'a' e 'b' do Decreto n.º 764/2024, para a contratação, mediante contrato de gestão, **de Organização Social de Saúde (OSS) previamente qualificada no nível III até o prazo final de elaboração e entrega dos documentos de habilitação e da proposta de trabalho**, para gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde do Hospital Regional Doutor Antônio Fontes, em Cáceres, e seu Anexo I.

1.1.1. HOSPITAL REGIONAL

Nome CNES: Hospital Regional Doutor Antônio Fontes

CNES: 2534460

Endereço: Av. Getúlio Vargas, n.º 1670, Santa Izabel, CEP: 78210-514, Cáceres/MT

Tipo de unidade: Hospital-Geral

1.1.2. ANEXO I

Nome CNES: Hospital Regional Doutor Antônio Fontes Anexo I

CNES: 2395037

Endereço: Rua Padre Casemiro, n.º 2790, Centro, CEP: 78210-094, Cáceres/MT

Tipo de unidade: Hospital-Geral

1.2. Todos os elementos deste edital, incluído minuta de contrato de gestão, estudos técnicos e outros anexos, devem ser disponibilizados no sítio eletrônico:

<https://www.saude.mt.gov.br/unidade/licitacoes/1463/chamamento-publico-oss-gestao-de-contratos>.

1.3. As referências de tempo neste edital e seus desdobramentos deverão observar o horário local de Cuiabá/MT.

1.4. O chamamento será realizado de forma presencial (conforme justificativa nos autos), com sessão pública transmitida via internet e disponibilizada no Portal da Transparência do Estado de Mato Grosso.

1.4.1. A sessão ocorrerá conforme o cronograma previsto no Anexo VI deste edital, sendo conduzida pela comissão julgadora, gravada/transmitida pelo Canal de Licitações da SES-MT no YouTube, link:

www.youtube.com/@licitacoespresenciais-ses2508.

1.5. É necessária a prévia qualificação da proponente como OSS no Estado de Mato Grosso para a participação no presente chamamento.

1.6. As proponentes assumem todos os eventuais custos relativos à preparação e apresentação das respectivas propostas, e o Estado de Mato Grosso não será, em nenhum caso, responsável por arcar ou ressarcir esses custos, independente do resultado do certame.

1.7. Ao encaminhar a proposta, a proponente declara ser a autora e garante a veracidade e autenticidade de todas as informações e documentos apresentados, sujeitando-se à desclassificação e à responsabilização civil e criminal, a qualquer tempo, sem prejuízo das demais sanções administrativas, civis e criminais previstas na legislação aplicável, caso seja constatada a inveracidade das informações ou a falsidade dos documentos apresentados.

1.8. O julgamento da documentação enviada pelas proponentes será conduzido pela comissão estabelecida na alínea a) do inciso I do art. 5º do Decreto n.º 764/2024, instituída por meio da Portaria n.º 0839/2024/GBSES.

1.9. Qualquer modificação neste edital ou nos anexos será realizada por meio de retificação do documento original, publicado no Diário Oficial do Estado e no sítio eletrônico da SES/MT.

1.9.1. Eventuais prorrogações do cronograma não geram a necessidade de retificação deste edital, somente a atualização do ANEXO VI – CRONOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA, portanto, as entidades interessadas devem acompanhar as divulgações dos avisos no seguinte endereço eletrônico:

<https://www.saude.mt.gov.br/unidade/licitacoes/1463/chamamento-publico-oss-gestao-de-contratos>.

1.10. Não serão aceitas, sob quaisquer hipóteses, alegações de desconhecimento dos termos, condições, cláusulas e anexos do presente edital em qualquer fase do processo de seleção pública, bem como das normas dispostas na Lei Complementar n.º 583, de 17 de janeiro de 2017, e no Decreto nº 764, de 29 de fevereiro de 2024.

1.11. Os ANEXOS integram o presente edital para todos os efeitos legais.

1.12. Este edital **deverá ser publicado** no **Diário Oficial do Estado**, em jornal de grande circulação da capital do Estado e no **Diário Oficial da União**, além da disponibilização do edital no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde e da Associação Mato-grossense dos Municípios de Mato Grosso - AMM.

1.12.1. Os resultados deste chamamento serão publicados no Diário Oficial do Estado e disponibilizados no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde e no Portal de Aquisições Governamentais - SIAG.

1.12.2. Demais decisões referentes ao presente chamamento serão divulgadas exclusivamente no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde, sendo de inteira responsabilidade das interessadas o acompanhamento das publicações.

2. DO OBJETO, DO VALOR E DA VIGÊNCIA

2.1. Este edital tem por objeto selecionar a melhor proposta apresentada pelas proponentes, no âmbito deste chamamento público, para a celebração de contrato de gestão com a SES/MT para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres e seu Anexo I, observando o **valor teto estabelecido**.

2.2. As especificações técnicas das atividades e serviços de interesse público a serem desenvolvidos pelo contrato de gestão, oriundo do presente chamamento, encontram-se descritas no ANEXO I - ESTUDO TÉCNICO, no ANEXO II - PLANO DE TRABALHO e no ANEXO C do Plano de Trabalho - INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE, deste edital.

2.3. Os critérios para análise e julgamento dos documentos encaminhados pelas entidades estão descritos no ANEXO III – REQUISITOS CLASSIFICATÓRIOS E SEUS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO.

2.4. O valor estimado para **custeio, investimento e reserva legal** do Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres e do Anexo I consta disposto no ANEXO IV – ESTIMATIVA DE TETO DE VALOR DE CUSTEIO, INVESTIMENTO E RESERVA LEGAL.

2.4.1. A estimativa do valor máximo de custeio leva em conta a cessão integral de todos os servidores efetivos da SES/MT atualmente em exercício no Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres e no Anexo I, sendo o custo dessa cessão arcado integralmente pela SES/MT.

2.4.2. O valor estimado a ser repassado por meio do contrato de gestão compreende os valores destinados ao custeio das áreas meio e finalística do Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres e do Anexo I, **incluindo aquisição de bens permanentes, contratação de pessoal, custos de desmobilização/mobilização e investimentos.**

2.4.3. Ao longo da execução do contrato de gestão, a entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública deverá detalhar os bens permanentes a serem adquiridos para fins da execução do objeto, e em comum acordo com a SES/MT, será definido o valor destinado à aquisição desses, considerando os limites orçamentários e o interesse público.

2.4.4. As aquisições deverão seguir as diretrizes estabelecidas no Regulamento de Compras e Contratação da contratada, conforme disposto no ANEXO XII deste edital.

2.5. A minuta do contrato de gestão encontra-se apresentada no ANEXO V – MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO E SEUS ANEXOS.

2.6. Os recursos financeiros necessários à execução do presente contrato correrão à conta da seguinte dotação orçamentária, consignada no orçamento da SES/MT:

Programa: 526 - Mato Grosso Mais Saúde

Função: 10 - Saúde

Subfunção: 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Unidade Orçamentária: 21.601 - Fundo Estadual de Saúde

Ação (P/A/OE): 2515 - Gestão da Atenção hospitalar estadual do SUS / 2728 - Gestão dos serviços de saúde, ambulatorial e hospitalar

Natureza de Despesa: 3.3.90.39 / 3.3.90.30 / 3.3.50.00 / 4.4.90.52

Fonte: 1.500.0000 / 1.500.1002 / 1.600.0000 / 2.500.0000 / 2.500.1002 / 2.600.0000

2.7. A vigência do contrato de gestão a ser celebrado será de 36 (trinta e seis) meses, podendo ser prorrogado, no interesse de ambas as partes, mediante parecer favorável da SES/MT, quanto à avaliação de indicadores de qualidade, metas de produção e resultados que permitam a avaliação positiva de seu desempenho, **nos termos da Lei Complementar n.º 583, de 17 de janeiro de 2017, e do Decreto n.º 764, de 29 de fevereiro de 2024.**

3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

3.1. Somente poderão se inscrever e participar deste chamamento público as **entidades previamente qualificadas como OSS no nível III**, nos termos da Lei Complementar n.º 583/2017 e do Decreto n.º 764/2024, que possuam experiência comprovada no gerenciamento de unidades com acima de 200 leitos e realização de procedimentos de média e alta complexidade.

3.2. Não poderá participar do presente chamamento público a entidade sem fins lucrativos que:

I - estiver omissa no dever de prestar contas de parceria anteriormente celebrada com ente da administração de qualquer esfera da federação;

II - tenha sido punida com uma das seguintes sanções, durante o período de sua aplicação:

a. suspensão de participação em licitação e impedimento de contratar com o órgão supervisor ou a entidade supervisora; e

b. declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração pública;

III - nos últimos 08 (oito) anos, teve contas de parceria julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer ente federativo, em decisão irrecurável;

IV - nos últimos 05 (cinco) anos, teve as contas rejeitadas pela administração pública municipal, estadual ou federal;

V - possua contrato de gestão vigente com a SES/MT;

VI - tenha entre seus dirigentes, sejam eles membros da diretoria estatutária ou não, ou dos conselhos da entidade, pessoas que:

- a.** tiveram contas relativas à aplicação de recursos públicos tenham sido julgadas irregulares ou rejeitadas por tribunal ou conselho de contas de qualquer esfera da federação nos últimos 08 (oito) anos;
- b.** tenham sido julgadas responsáveis por falta grave e inabilitadas para o exercício de cargo de provimento em comissão, enquanto durar a inabilitação;
- c.** tenham sido consideradas responsáveis por atos de improbidade, enquanto durarem os prazos estabelecidos nos incisos I, II e III do art. 12 da Lei federal n.º 8.429, de 02 de junho de 1992.

3.3. Além da documentação a ser apresentada pela interessada, a comissão julgadora verificará, por meio de consulta *on-line* aos sítios eletrônicos dos órgãos oficiais, eventual descumprimento das condições de participação da entidade, consultando os seguintes órgãos de cadastro:

I. Lista de inidôneos, mantida pelo Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso - TCE/MT;

II. Cadastro geral de fornecedores do Estado de Mato Grosso, gerenciado pela Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão - SEPLAG;

III. Cadastro de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, mantido pela Controladoria Geral do Estado de Mato Grosso - CGE/MT (<http://www.controladoria.mt.gov.br/ceis>);

IV. Consulta Consolidada de Pessoa Jurídica do TCU (<https://certidoesapf.apps.tcu.gov.br/>).

3.4. Constatada a existência de sanções que inviabilizam a participação, a comissão reputará a entidade como inabilitada, por falta de condição de participação.

3.5. Na hipótese da entidade não possuir os impedimentos estabelecidos neste dispositivo na data do chamamento público, e vier a apresentar alguma impossibilidade na data da assinatura do contrato de gestão, a celebração do contrato será impedida.

4. DA DOCUMENTAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA E DA FORMA DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS

4.1. Do protocolo:

4.1.1. As entidades interessadas em participar do presente processo de seleção pública, deverão encaminhar, no prazo estabelecido no ANEXO VI - CRONOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA, ao e-mail protocolo@ses.mt.gov.br, o ANEXO VII - FORMULÁRIO DE ENVIO DE PROPOSTA preenchido e os seguintes documentos contidos nos CADERNOS, seguindo o trâmite detalhado a seguir:

I. No assunto do e-mail, a redação padronizada: “CHAMAMENTO HRS/OSS - NOME DA INSTITUIÇÃO”;

II. O *FORMULÁRIO DE ENVIO DE PROPOSTA* deverá ser encaminhado, em formato PDF, no limite de 25MB, contendo a assinatura do representante legal da entidade, além de **obrigatoriamente indicar um representante, arrolando nome, telefone e e-mail que possa ser contatado para assuntos e informações** inerentes ao presente chamamento;

III. Os CADERNOS, **assim nomeados e encaminhados de forma ORGANIZADA**, elaborados/construídos na mesma sequência de apresentação dos itens do edital aos quais se destina à comprovação do cumprimento, deverão conter em cada anexo capa(s) identificadora(s) com a descrição mínima dos documentos que compõem o arquivo em formato PDF, no limite de 25MB cada, na seguinte ordem e composição:

CADERNO 1 - habilitação jurídica;

CADERNO 2 - habilitação fiscal e trabalhista;

CADERNO 3 - habilitação econômico-financeira;

CADERNO 4 - habilitação técnica;

CADERNO 5 - proposta de trabalho - Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres - Unidade I;

CADERNO 6 - proposta de trabalho - Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres Anexo I - Unidade II;

CADERNO 7 - documentação para pontuação classificatória - avaliação geral da OSS.

4.1.1.1. Considerando que o limite para inserção dos arquivos no sistema SIGADOC é de 25MB por arquivo PDF, os CADERNOS que ultrapassarem esse limite deverão ser encaminhados organizados e fracionados sob a seguinte lógica: "CADERNO 1 - 1/3" (caso o caderno necessite ser fracionado, por exemplo, em 3 partes de 25MB).

4.1.1.2. É obrigatória a indicação expressa no *FORMULÁRIO DE ENVIO DE PROPOSTA* de e-mail/telefone válidos para comunicações oficiais, sendo expressamente **vedada à OSS a tentativa de comunicação com a comissão julgadora por meios não oficiais.**

4.1.1.3. Somente poderão submeter protocolo as entidades previamente qualificadas no nível III - com experiência no gerenciamento por quantidade superior a 200 leitos, com procedimentos de média e alta complexidade.

4.1.2. Na hipótese da entidade identificar a necessidade de alterar sua proposta dentro do prazo de entrega, deverá realizar novo encaminhamento completo por e-mail, desconsiderando-se o protocolo anterior, com idêntica obediência à redação padronizada nos termos do item 4.1. e desdobramentos.

4.1.3. Na hipótese da entidade realizar múltiplos encaminhamentos deste chamamento, os precedentes serão desconsiderados, e somente o último será considerado válido para julgamento como proposta.

4.1.4. Após o recebimento do e-mail pelo setor de protocolo, será realizada a inclusão dos arquivos no sistema SIGADOC e será gerado número de protocolo, o qual será encaminhado imediatamente ao requerente, por e-mail.

4.1.5. Recomenda-se a máxima atenção no encaminhamento dos requisitos classificatórios, considerando que a Comissão Julgadora procederá à análise exclusivamente daqueles inseridos nas PROPOSTAS DE TRABALHO e devidamente identificados nos quadros 1, 2 e 3 do ANEXO III, mediante a indicação das páginas e do caderno correspondente.

4.1.5.1. Os quadros acima referenciados contêm uma coluna específica para esta finalidade, intitulada: "Coluna para preenchimento pela OSS com a indicação da página na qual encontra-se a 'Comprovação documental: documento(s) exigido(s)'".

4.1.5.2. Os quadros 1, 2 e 3 do ANEXO III compõem o ANEXO VII - FORMULÁRIO DE ENVIO DE PROPOSTA em formato editável, disponibilizadas para download, possibilitando os devidos preenchimentos e envio pela OSS via protocolo.

4.1.6. Todos os documentos deverão ser apresentados de forma legível, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, contendo todos os elementos exigidos neste edital, e poderão ser encaminhados em cópia simples, reservado à comissão julgadora o direito de exigir os originais para fins de cumprimento de diligências ou quaisquer outras verificações.

4.1.7. A entidade deverá comprometer-se com a veracidade das informações e dos documentos apresentados, atestada por meio do ANEXO VII - FORMULÁRIO DE ENVIO DE PROPOSTA.

4.1.8. A entidade deverá manter as condições de habilitação durante todo o processo de seleção e vigência do contrato de gestão.

4.2. A documentação a ser apresentada, considerando as habilitações e a proposta de trabalho, deverá conter, no mínimo, a sequência a seguir descrita, bem como **OBEDECER RIGOROSAMENTE A ORDEM DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS**, conforme segue:

4.2.1. Quanto à habilitação jurídica da OSS - CADERNO 1:

- I. ato constitutivo, estatuto social em vigor, registrado em cartório;
- II. ata da eleição de sua atual diretoria;
- III. cédula de Identidade e CPF do representante legal da entidade;
- IV. prova de inscrição no CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;
- V. registro vigente no Conselho de Medicina de sua sede;
- VI. decreto estadual da entidade qualificada como organização social de saúde.

4.2.2. Quanto à habilitação fiscal e trabalhista da OSS - CADERNO 2:

- I. prova de regularidade fiscal - tributos federais;
- II. prova de regularidade fiscal - tributos estaduais, emitida no máximo 30 (trinta) dias antes da apresentação da proposta;
- III. prova de regularidade fiscal - tributos municipais, emitida no máximo 30 (trinta) dias antes da apresentação da proposta;
- IV. prova de regularidade relativa à Seguridade Social;
- V. prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, através do Certificado de Regularidade de Situação - CRS;
- VI. certidão negativa de falência e concordata, expedida, no máximo, até 60 (sessenta) dias antes da apresentação da proposta;
- VII. prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT;

VIII. declaração prevista no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal;

IX. declaração de que não possui em seus quadros servidor ou dirigente de órgão e/ou entidade contratante e/ou responsável pelo chamamento público.

4.2.3. Quanto à habilitação econômico-financeira - CADERNO 3:

I. apresentar Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultados **dos últimos 02 exercícios**, conforme índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG), Liquidez Corrente (LC), sendo admitido para esses índices anteriores apenas resultados superiores a 01 (um), e do índice de Endividamento Geral (EG), inferior a 01 (um), cujos dados serão extraídos das informações dos balanços patrimoniais e da demonstração de resultados encaminhados **por meio da Escrituração Fiscal Digital (SPED Fiscal/EFD)**.

4.2.4. Quanto à habilitação técnica - CADERNO 4:

I. comprovação de experiência gerencial na área da saúde visando à comprovação de experiências anteriores, inclusive comprovando com contratos de gestão e/ou contratos de prestação de serviços na área correspondente e/ou atestados fornecidos por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado;

II. atestado de capacidade técnica através da qualificação de seu corpo diretivo e/ou técnico de unidade gerenciada pela entidade proponente, através de atestado(s), com firma reconhecida, fornecidos por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado.

4.2.5. Quanto às propostas de trabalho - CADERNO 5 e CADERNO 6:

I. deverá ser elaborada proposta de trabalho para cada uma das unidades hospitalares, sendo uma para o Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres - **CADERNO 5** e outra para o seu Anexo I - **CADERNO 6**, considerando serem unidades com perfis individuais;

a. a elaboração das propostas deverá obrigatoriamente seguir as exigências descritas no ANEXO II e no ANEXO III, organizadas e identificadas de forma clara, com a indicação de onde inicia e onde termina cada um dos critérios previstos;

b. ambas as propostas deverão conter o plano de metas operacionais com a demonstração das volumetrias assistenciais projetadas, e indicações de melhoria da eficiência e qualidade do serviço sob do ponto de vista financeiro, operacional, administrativo, bem como conter os respectivos prazos de execução, conforme estabelecido no o ANEXO II - PLANO DE TRABALHO e, ainda, considerando o **layout** da Unidade I e da Unidade II, disponíveis em:

1. Unidade I:

<https://drive.google.com/file/d/1MPa0gLV0Qi934g6zQInb74FpcDrVCJu9/view?usp=sharing>

2. Unidade II:

https://drive.google.com/file/d/19aAs4MpXBe_dNaWqn9upekqdX1JKTTeC/view?usp=sharing

c. ambas as propostas deverão conter o dimensionamento de pessoal;

d. ambas as propostas deverão ter a sua proposta financeira.

4.2.5.1. A **proposta financeira** deverá minimamente conter os custos unitários, o número estimado de profissionais a serem contratados, com os respectivos cargos, salários, especificados individualmente, e os meios e recursos financeiros necessários à execução dos

serviços a serem gerenciados, apresentados por meio do preenchimento do modelo de planilha - *Detalhamento Financeiro de Custeio e Despesas*, disponível para download por meio do link:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1UWvWzRgSDEclTvF2kr-uOi1Ji9DoEEZP8T3ex8qLx8/edit?usp=sharing>.

4.2.5.1.1. No valor total da proposta deverão estar inclusas todas as despesas diretas (inclusive valores referentes aos provisionamentos de férias e décimo terceiro salário, dissídios e benefícios) e indiretas para a execução dos serviços.

4.2.5.1.2. Para a composição dos custos dos profissionais, a entidade deverá apresentar a planilha de custo e formação de preço para cada profissional e, caso não seja apresentado, esses custos não poderão ser alterados por repactuação, somente por reajuste.

4.2.5.1.3. A proposta deverá levar em conta a limitação de 3% (três por cento) do repasse mensal feito pelo poder público à OSS para realização de despesas administrativas, como pagamento de diárias, passagens aéreas, serviço de telefonia e internet móvel, hospedagem, aluguel de veículos e correlatos, bem como contratação de serviços de consultoria, condicionada ao cumprimento dos seguintes requisitos:

- I. vinculação direta à execução do objeto do ajuste de parceria;
- II. caráter temporário da despesa;
- III. previsão expressa em programa de trabalho e no contrato de gestão, com a respectiva estimativa de gastos; e
- IV. que não se admite classificar a despesa como 'taxa de administração', dada a sua natureza remuneratória, sendo vedado o seu pagamento.

4.2.5.1.4. A proposta financeira deverá ser expressa em algarismo e por extenso (em reais), com identificação e assinatura do representante legal.

4.2.5.1.5. A proposta financeira terá prazo de validade de 180 (cento e oitenta) dias, independente de constar expressamente tal informação ou constar prazo divergente.

4.2.5.1.6. A proponente deverá arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento de sua proposta, inclusive quanto aos custos variáveis decorrentes de fatores futuros, mas que sejam previsíveis em seu ramo de atividade, tais como aumentos de custo de mão de obra decorrentes de negociação coletiva ou de dissídio coletivo de trabalho.

4.2.5.1.7. A proposta financeira não poderá ultrapassar os valores referenciados no edital e anexos.

4.2.5.2. Serão desclassificadas as propostas de trabalho:

- I. que apresentarem preço superior ao especificado neste edital e seus anexos;
- II. que não apresentarem compreensão do objeto e/ou estiverem em desacordo com as exigências e condições estabelecidas no edital e seus anexos.

4.2.5.3. A apresentação das propostas implicará na plena e integral aceitação, por parte da entidade, das condições estabelecidas neste edital e seus anexos, bem como na observância dos regulamentos administrativos e das normas técnicas aplicáveis, não sendo aceitas, sob quaisquer hipóteses, alegações de seu desconhecimento em qualquer fase do processo de seleção e/ou da execução.

4.2.5.4. A OSS deverá inserir nas propostas de trabalho os requisitos classificatórios aos quais ela faça jus, identificando cada critério nos quadros 2 e 3 do ANEXO III (na coluna exclusivamente destinada a essa finalidade, identificada com o título: ***Coluna para preenchimento pela OSS com a indicação da página na qual encontra-se a “Comprovação documental: documento(s) exigido(s)”***).

4.2.5.5. A comissão julgadora realizará a avaliação global das propostas de trabalho, atribuindo as devidas pontuações para cada requisito apresentado.

4.2.6. Quanto à documentação para pontuação classificatória - AVALIAÇÃO GERAL DA OSS - CADERNO 7:

4.2.6.1. Os requisitos classificatórios estão descritos no ANEXO III – REQUISITOS CLASSIFICATÓRIOS E SEUS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO, e o quadro 1 possui como referência o perfil gerencial da OSS interessada, com o detalhamento dos requisitos de avaliação geral da OSS, critérios de avaliação, comprovação documental e pontuação correspondente a cada comprovação, sendo os requisitos e critérios de avaliação dispostos a seguir:

I. Isenção de imunidade tributária:

- a. Certificação de entidade beneficente de assistência social (CEBAS Saúde) ou instrumento jurídico com a isenção/benefícios. (critério de avaliação)

II. Acreditação e certificação:

- a. Acreditação hospitalar reconhecida nacionalmente;
- b. Acreditação e/ou certificação hospitalar reconhecida internacionalmente;
- c. Acreditação na área de saúde digital.

III. Compliance:

- a. Utilização de tecnologias inovadoras para a condução de seu Programa de Integridade;
- b. Disponibilização de informações relativas à transparência no menu da página virtual da OSS.

IV. Gestão da tecnologia de informação e comunicação:

- a. Comprovação de experiência em operacionalização de sistemas de informações com indicadores de desfecho clínico e preditores de risco;
- b. Comprovação de experiência em classificação e codificação de pacientes hospitalizados utilizando a metodologia Diagnosis Related Groups (DRG).

V. Gestão do cuidado:

- a. Comprovada experiência em prestação de serviços de saúde digital no suporte às decisões clínicas (telemedicina/telessaúde/telediagnóstico/telerregulação);
- b. Comprovada experiência na modalidade de assistência Hospital-dia.

4.2.6.2. Os requisitos classificatórios serão aplicados pela comissão julgadora do presente chamamento público somente para aqueles casos em que a proponente atender a todos os requisitos de caráter eliminatório, conforme o item 6.4. do EDITAL, e terão como objetivo a valoração das habilidades e competências da OSS capazes de agregar valor à performance da gestão.

5. DA VISITA TÉCNICA E DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS/IMPUGNAÇÕES

5.1. As entidades interessadas em participar do certame, desde que previamente qualificadas, poderão realizar **uma visita técnica às unidades de saúde objeto do presente edital**, para conhecimento das ações, condições locais e infraestrutura, imprescindíveis para a execução do objeto do contrato de gestão.

5.2. A contar da publicação deste edital, as interessadas possuem **5 dias úteis** para solicitar o agendamento via *e-mail* para terceirosetor@ses.mt.gov.br, com cópia para gbses@ses.mt.gov.br, informando o nome da OSS interessada, CNPJ, endereço, nome completo dos representantes que farão a visita, CPF, função/cargo na instituição e telefone para contato.

5.3. Visando a otimização e a isonomia, a SES/MT agendará e realizará as visitas em **até 5 dias úteis** a contar do término do prazo de solicitação, atendendo as interessadas, se possível, de forma concomitante, nos mesmos dias e horários.

5.3.1. Na ocasião da visita técnica, os representantes das OSS interessadas deverão estar com documentos de identificação pessoal, sendo permitida a **participação de até 05 (cinco) representantes por interessada**.

5.3.2. Na **ocasião da visita técnica**, os **representantes não poderão solicitar esclarecimentos quanto ao edital**, para a realização de quaisquer questionamentos, deverá ser solicitado formalmente, dentro do prazo e do trâmite estabelecido neste edital.

5.3.3. A comprovação da visita técnica será feita por meio da emissão de “atestado de visita técnica”, conforme modelo constante do ANEXO XI, que será emitido em duas vias originais, sendo uma via retida pela SES/MT e a outra entregue à interessada, devidamente assinada, ao final da visita.

5.3.4. É responsabilidade da entidade garantir que sairá da unidade com “atestado de visita técnica” para posterior comprovação de realização da visita, caso seja necessário.

5.4. Todos os custos para viabilizar a visita técnica ocorrerão exclusivamente por conta da interessada, não recaindo, sob qualquer hipótese, quaisquer ônus financeiros sobre a SES/MT.

5.5. Caso a interessada opte pela não realização da visita técnica, não poderá alegar falta de ciência das condições das áreas a serem geridas pela OSS, bem como a ocorrência de eventuais prejuízos em virtude de sua omissão na verificação dos locais.

5.6. Os interessados poderão encaminhar **pedidos de esclarecimento ou de impugnação**, conforme os prazos previstos no ANEXO VI - CRONOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA, por meio do *e-mail* terceirosetor@ses.mt.gov.br.

5.6.1. Os interessados deverão identificar-se com o CNPJ e razão social, se pessoa jurídica, ou nome e CPF, se pessoa física, bem como apresentar os documentos comprobatórios de identificação e representação legal que deverão ser anexados ao *e-mail*.

5.6.2. Os pedidos de esclarecimentos e impugnações serão respondidos pela SES/MT:

I. ao *e-mail* de encaminhamento dos respectivos pedidos e no sítio eletrônico da SES/MT para ampla divulgação;

II. conforme prazo do cronograma do chamamento, sendo vedado o prosseguimento para a fase de entrega das propostas sem que todos os pedidos tenham sido devidamente respondidos.

5.6.3. O encaminhamento de eventual pedido de impugnação não impedirá posterior participação da proponente neste processo de chamamento.

5.6.4. Findo o período previsto no cronograma para impugnação, decai o direito das proponentes de impugnarem o presente edital, sendo que a apresentação de proposta pela proponente implica a aceitação integral e irretratável dos seus termos, condições, cláusulas e anexos.

6. DA ANÁLISE E JULGAMENTO DAS PROPOSTAS

6.1. O presente item tem por objeto apresentar os critérios de julgamento das propostas enviadas pelas OSS previamente qualificadas para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do HOSPITAL REGIONAL DOUTOR ANTÔNIO FONTES DE CÁCERES E ANEXO I.

6.1.1. O julgamento das propostas apresentadas pelas OSS será efetivado unicamente pelo critério de melhor técnica e deverá ser realizado por atribuição de notas a quesitos de natureza objetiva e qualitativa, de acordo com orientações e limites definidos no ANEXO III – REQUISITOS CLASSIFICATÓRIOS E SEUS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO, considerados a demonstração de conhecimento do objeto, a metodologia e o programa de trabalho, a qualificação das equipes técnicas e a relação dos produtos que serão entregues, especialmente por meio dos seguintes quadros do ANEXO III:

Quadro 1: Detalhamento dos requisitos de avaliação geral da OSS, critérios de avaliação, comprovação documental e pontuação correspondente a cada comprovação;

Quadro 2: Detalhamento dos requisitos de avaliação da proposta de trabalho da Unidade I: Hospital Regional Dr. Antonio Fontes (CNES 2534460): critérios de avaliação, comprovação documental e pontuação correspondente a cada comprovação;

Quadro 3: Detalhamento dos requisitos de avaliação da proposta de trabalho da Unidade II: Hospital Regional Dr. Antonio Fontes - Anexo I (CNES 2534460): critérios de avaliação, comprovação documental e pontuação correspondente a cada comprovação;

Quadro 4: Detalhamento dos requisitos e indicadores de avaliação que serão utilizados para a compreensão global das propostas de trabalho das Unidades I e II/Anexo I, integrantes do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes, utilizando-se de abordagem qualitativa.

6.2. Para analisar e julgar as propostas recebidas, a comissão julgadora terá o prazo de **30 dias corridos**, prorrogável por igual período, sob justificativa e autorização do coordenador da comissão, contados a partir do dia útil subsequente à data do fim do prazo de elaboração da proposta e entrega dos documentos.

6.3. A análise e o julgamento realizados pela comissão julgadora deverão ser fundamentados e registrados em ata de julgamento, demonstrando a justificativa técnica, o resultado da análise dos documentos, a classificação e a pontuação atribuída a cada proponente, de acordo com o ANEXO III – REQUISITOS CLASSIFICATÓRIOS E SEUS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO.

6.3.1. É facultado à comissão julgadora, em qualquer fase deste processo de seleção pública, promover diligências a fim de esclarecer ou sanar erros formais da documentação apresentada.

6.3.1.1. Caso a comissão julgadora realize diligências direcionadas à OSS, o pedido deverá ser encaminhado ao *e-mail* válido cadastrado para recebimento de comunicações oficiais e inserido cópia no processo no SIGADOC, assim como o destinatário da demanda deverá atender ao pedido realizado no prazo de **até 03 (três) dias úteis da notificação, no limite das 18h no fuso de Cuiabá/MT**, em resposta ao *e-mail*, cuja manifestação também deverá ser anexada aos autos eletrônicos pela SES/MT.

6.3.2. É vedada a utilização de qualquer elemento, critério ou fator sigiloso, secreto, pessoal ou reservado, que possa, ainda que indiretamente, elidir o princípio da imparcialidade.

6.3.3. Finalizada a elaboração da ata, a comissão julgadora encaminhará este documento ao Secretário de Estado de Saúde, que deverá juntá-la aos autos do processo de seleção pública e publicá-lo no sítio eletrônico da SES/MT, no seguinte endereço:

<https://www.saude.mt.gov.br/unidade/licitacoes/1463/chamamento-publico-oss-gestao-de-contratos>.

6.4. A comissão julgadora deverá iniciar os trabalhos com a análise dos documentos **eliminatórios** dispostos no item 3. *DA CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS* e, se a entidade não se enquadrar na eliminação sumária, sequencialmente deverá analisar:

- I. habilitação jurídica - **CADERNO 1**;
- II. habilitação fiscal e trabalhista - **CADERNO 2**;
- III. habilitação econômico-financeira - **CADERNO 3**;
- IV. habilitação técnica - **CADERNO 4**;
- V. propostas de trabalho, sendo: Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres - **Unidade I - CADERNO 5** e Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres Anexo I - **Unidade II - CADERNO 6**; e
- VI. documentação para pontuação de natureza classificatória - **AValiação GERAL DA OSS - CADERNO 7**.

6.4.1. Caso a proponente não atenda aos critérios sequenciais, a comissão julgadora deverá eliminá-la sem analisar os demais critérios classificatórios subsequentes.

6.5. Toda documentação apresentada será analisada e pontuada de acordo com os critérios estabelecidos no ANEXO III – REQUISITOS CLASSIFICATÓRIOS E SEUS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO e, sequencialmente, para a obtenção da pontuação final, serão observados os seguintes critérios:

- I. Somatória dos pontos obtidos em cada critério de pontuação, que resultará em ordem classificatória;
- II. Em caso de empate ficto, será classificada a entidade que apresentar maior pontuação no **Quadro 1**: detalhamento dos requisitos de avaliação geral da OSS, critérios de avaliação, comprovação documental e pontuação correspondente a cada comprovação.

7. DOS RECURSOS

7.1. Prazo único de recurso de 05 dias úteis, destinado ao Secretário de Estado de Saúde, acerca da análise e julgamento dos documentos de habilitação e da proposta de trabalho, contados a partir do dia útil subsequente à data da divulgação da ata elaborada pela comissão julgadora com a ordem de classificação preliminar.

7.1.1. As OSS ficam, desde já, intimadas a apresentar suas contrarrazões no mesmo prazo concedido do recurso, sendo-lhes assegurado o direito de vista dos autos.

7.1.2. O recurso e as contrarrazões deverão ser encaminhados via *e-mail*, ao protocolo@ses.mt.gov.br, para ser juntado ao processo já existente da entidade, seguindo o trâmite:

- I. No assunto do *e-mail*, a redação: “**RECURSO CHAMAMENTO - SIGLA DA INSTITUIÇÃO E NÚMERO DO PROCESSO SIGADOC**”;

II. No envio dos arquivos, a documentação deverá ser apresentada de forma ORGANIZADA, com os documentos apresentados na mesma ordem dos itens correspondentes ao edital, em formato PDF, no limite de 25 MB cada arquivo.

7.2. Recebido o recurso, o Secretário de Estado de Saúde terá **até 15 (quinze) dias corridos** para analisar e decidir, prorrogáveis por igual período.

7.3. Cada recurso e a respectiva decisão deverão ser publicados no sítio eletrônico, no seguinte endereço: <https://www.saude.mt.gov.br/unidade/licitacoes/1463/chamamento-publico-oss-gestao-de-contratos>.

7.4. Não caberá, na esfera administrativa da SES/MT, a interposição de outro recurso em face da decisão do Secretário de Estado de Saúde.

8. DO RESULTADO DO PROCESSO DE SELEÇÃO E CONVOCAÇÃO DA ENTIDADE VENCEDORA

8.1. A **publicação e a homologação do resultado final** deste processo de seleção pública, contendo a classificação das proponentes, após a decisão de eventual recurso interposto, e a indicação da OSS vencedora, deverá ser publicada pela SES/MT no Diário Oficial do Estado e no seu sítio eletrônico, no seguinte endereço: <https://www.saude.mt.gov.br/unidade/licitacoes/1463/chamamento-publico-oss-gestao-de-contratos>, no prazo estabelecido no ANEXO VI – CRONOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA.

8.1.1. Após a publicação, a SES/MT notificará a OSS vencedora para apresentar os seguintes documentos para celebração do contrato de gestão:

- I. Ata(s) que comprove(m) a aprovação da minuta do contrato de gestão, da proposta técnica e orçamentária, e da assinatura do contrato de gestão pelo conselho de administração da OSS;
- II. Último estatuto alterado, contendo a data do registro;
- III. Quadro com a composição dos conselhos e da diretoria, arrolando nome, período de atuação, número do CPF, data de nascimento, *e-mail* e telefone de cada membro;
- IV. Declaração, firmada pelo representante legal da OSS, contendo a relação de todos os membros eleitos e/ou indicados para comporem os órgãos diretivos, consultivos, normativos e associados daquela entidade, atuantes no exercício, com indicação das datas de início e término dos respectivos mandatos;
- V. Declaração atualizada acerca da existência ou não no quadro diretivo da OSS, de agentes políticos de poder, de membros do Ministério Público ou de dirigente de órgãos ou entidade da administração pública celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade;
- VI. **Declaração de renúncia ao sigilo bancário** da conta corrente na qual sejam movimentados os recursos transferidos pelo Estado, em benefício dos órgãos e das entidades de controle interno da administração, de modo a garantir o acompanhamento, o controle e a fiscalização das respectivas movimentações financeiras;
- VII. **No prazo máximo de 30 (trinta) dias**, contados da assinatura do contrato de gestão, a entidade deverá publicar o regulamento de compras e contratação, após aprovação da Controladoria-Geral do Estado, e esses regulamentos próprios de recursos humanos, financeiros, de aquisições e contratações de obras e serviços, custeados com recursos do contrato de gestão, deverão observar o disposto no ANEXO XII – REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DA CONTRATADA;

VIII. No prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da celebração do contrato de gestão, a contratada deverá providenciar a inscrição e/ou regularização da unidade hospitalar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e no Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso (CRM/MT);

IX. No prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da celebração do contrato de gestão, a organização contratada deverá realizar a indicação formal das contas bancárias abertas junto ao Banco do Brasil em nome das unidades hospitalares, em observância às disposições contratuais, e as contas bancárias deverão ser individualizadas, com a abertura de uma para cada unidade hospitalar sob gestão e uma para cada tipo de natureza de repasse, para fins de movimentação financeira dos recursos financeiros consignados às unidades a serem gerenciadas sendo:

- a. 1 conta exclusiva, para cada unidade hospitalar administrada, para movimentação dos recursos destinados ao **custeio**;
- b. 1 conta exclusiva, para cada unidade hospitalar administrada, para movimentação dos recursos destinados aos **investimentos fixos**;
- c. 1 conta exclusiva, para cada unidade hospitalar administrada, para movimentação dos recursos destinados aos **termo aditivos contratuais** de projetos de **investimento**; e
- d. 1 conta exclusiva, para cada unidade hospitalar administrada, para movimentação dos recursos destinados ao **fundo de reserva legal**.

8.2. A OSS será responsabilizada, nos termos da lei, pelas seguintes infrações:

- I.** não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado;
- II.** não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a celebração do contrato de gestão, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta;
- III.** apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a execução do contrato de gestão;
- IV.** fraudar o procedimento competitivo ou praticar ato fraudulento na execução do contrato de gestão;
- V.** comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;
- VI.** praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação;
- VII.** praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei federal nº 12.846/2013.

8.3. A convocação da entidade vencedora para celebração do contrato de gestão pode ocorrer até o encerramento da validade deste processo de seleção pública, conforme prazo previsto neste edital.

8.4. A Administração se reserva o direito de, a qualquer tempo, antes da celebração do contrato de gestão, por motivo de interesse público ou exigência legal, devidamente justificados, adiar ou revogar a presente convocação pública, sem que isso implique direito à celebração do contrato ou indenização às OSS participantes.

8.5. A SES/MT reserva-se o direito de proceder à convocação da Organização Social de Saúde (OSS) classificada em segundo lugar, mantendo-se as condições da proposta originalmente estabelecida no procedimento de seleção

pública e, sucessivamente, das Organizações Sociais de Saúde subsequentes, até a efetiva celebração do contrato de gestão.

8.5.1. A convocação subsequente será realizada quando a entidade vencedora não observar o prazo estabelecido para comparecimento, quando essa se enquadrar em quaisquer das hipóteses de impedimento previstas neste edital, quando houver recusa em celebrar o contrato de gestão, ou em decorrência da superveniência de outros impedimentos legais.

9. DA SUCESSÃO

9.1. A SES/MT deverá instituir a **comissão de transição da gestão**, tendo como objetivo a definição de diretrizes e responsabilidades para não ocorrência de descontinuidade nos serviços de assistência durante o período de transição da gestão do Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres e de seu Anexo I, incluindo a manutenção transitória da gestão e fiscalização dos contratos.

9.1.1. Será de competência da comissão, juntamente com a entidade vencedora, realizar os levantamentos/inventários pertinentes à transição, especialmente quanto:

- I. ao estoque de materiais de consumo, insumos de saúde e medicamentos;
- II. ao inventário patrimonial de todos os bens permanentes cujo uso foi permitido à OSS.

9.1.2. Após a conclusão da contabilização do estoque de materiais/insumos e medicamentos já adquiridos pela SES/MT, os valores desses deverão ser debitados do repasse financeiro.

9.1.3. Concluídos todos os inventários, esses deverão ser disponibilizados na página de acesso à informação **da SES/MT e da OSS vencedora**, com o detalhamento dos bens móveis e imóveis, e deverão ser atualizados minimamente **a cada ano**.

9.1.3.1. As atualizações devem, obrigatoriamente, incluir a publicidade dos bens adquiridos mediante recursos oriundos do contrato de gestão.

9.2. A OSS deverá, obrigatoriamente, adotar todos os procedimentos necessários para a patrimonialização pública dos bens permanentes adquiridos com recursos oriundos do contrato de gestão, conforme metodologia a ser orientada pela SES/MT.

9.2.1. Em caso de extinção/desqualificação da OSS contratada ou em caso de rescisão contratual, o patrimônio por ela incorporado, compreendendo também os legados, doações e excedentes financeiros oriundos das atividades executadas em decorrência do contrato de gestão celebrado com o Poder Público Estadual, será obrigatoriamente transferido, em sua integralidade, para outra OSS devidamente qualificada no Estado de Mato Grosso ou ao patrimônio do Estado.

9.2.1.1. A destinação prevista no caput ocorrerá mediante ato formal do poder público estadual, garantindo-se a continuidade dos serviços públicos de saúde e o interesse público, sem indenizações/ressarcimentos à entidade extinta/desqualificada/rescindida.

9.3. Visando a continuidade na prestação dos serviços de assistência, durante a transição da sucessão da gestão do **Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres e de seu Anexo I**, a SES/MT poderá manter em execução os contratos e instrumentos jurídicos similares celebrados para suprir necessidade das unidades pelo prazo de **até 60 dias** da celebração do contrato de gestão, prorrogáveis por igual período, de acordo com o interesse público.

9.3.1. O valor estimado dos serviços contratados diretamente pela SES/MT no período de transição deverá ser descontado da parcela financeira a ser repassada para a OSS.

9.3.2. Findado este período, a SES/MT poderá rescindir tais contratos e instrumentos jurídicos similares, ficando a cargo da OSS o provimento dos objetos dos contratos então vigentes.

9.3.3. A OSS deverá subsidiar a SES/MT de informações pertinentes ao acompanhamento e à fiscalização da execução dos contratos e instrumentos jurídicos similares, enquanto permanecerem vigentes durante o período de transição ou durante o contrato de gestão.

9.3.4. Caso a SES/MT decida que algum material ou serviço seja objeto de diretriz específica do Estado e indique que o fornecimento deva ser realizado diretamente pela SES/MT, ou por algum outro ente estadual, o valor respectivo poderá ser descontado da parcela financeira a ser repassada para a entidade parceira.

10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1. O programa de trabalho poderá ser adequado pela SES/MT, em parceria com a entidade sem fins lucrativos, quando da celebração do contrato de gestão, de acordo com o interesse público e desde que preservados os critérios para avaliação das propostas e os aspectos que norteiam este processo de seleção pública.

10.2. Casos omissos e questões não previstas neste instrumento serão dirimidas pela comissão julgadora, mediante orientação da Procuradoria-Geral do Estado, observada a legislação vigente e respeitados os prazos estabelecidos.

10.3. Fica eleito o foro de Cuiabá-MT para dirimir quaisquer dúvidas e questões decorrentes do presente edital.

Cuiabá-MT, 14 de maio de 2025.

JULIANO SILVA MELO
Secretário de Estado de Saúde
em substituição
assinado digitalmente

ANEXO I – 1. ESTUDO TÉCNICO

O presente documento caracteriza a primeira etapa da fase de planejamento e apresenta os devidos estudos para subsidiar a elaboração do edital de chamamento público que atenderá à necessidade abaixo especificada.

O objetivo principal é estudar detalhadamente a necessidade e avaliação da conveniência econômica, gerencial e social para transferir a gestão da unidade ou do serviço público de saúde para a gestão privada, em observância à alínea “b”, art. 5º, Seção III do Decreto n.º 764, de 29 de fevereiro de 2024 e aos princípios que regem a Administração Pública.

1. Descrição das atividades

1.1. A realidade loco-regional atual

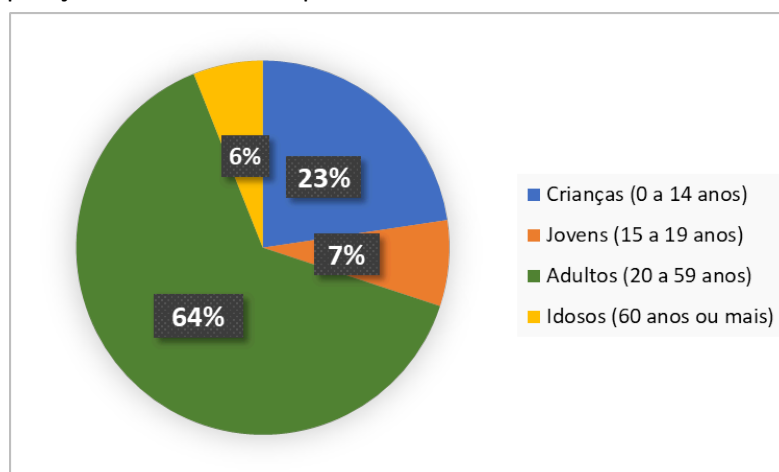
O Estado de Mato Grosso, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, faz divisa com os estados de Goiás e Mato Grosso do Sul (Centro-Oeste), Pará, Amazonas, Rondônia e Tocantins (Norte), e com a Bolívia. Com área de 903.357,908 km² e população de 3.658.649 habitantes (IBGE, 2022), o estado está dividido em 142 municípios. Cuiabá é a capital e concentra a maior parte da população (650.877hab.), seguido do município de Várzea Grande (300,078 hab.) e Rondonópolis (244.911 hab.). O estado é reconhecido como o 16º estado mais populoso do Brasil, com densidade demográfica de 4,05 hab/km² e crescimento anual de 1,57% (Fonte: Censo IBGE/Prévia/2022).

As características sociodemográficas revelam uma diversidade multiétnica no Estado. Segundo o Censo de IBGE de 2022, 56% da população considera-se parda, 32,3% branca, 9,9% preta e 1,5% indígena. Mato Grosso registra 78 terras indígenas demarcadas de 45 etnias diferentes, apresentando população de 56.687 indígenas. Já as populações Quilombolas tinham pelo menos 69 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares até 2010, com população de cerca de 11.729 quilombos (Fonte: Censo IBGE/Prévia/2022).

A população urbana do Estado de Mato Grosso alcança 83,6% e a renda média gira em torno de R\$4.900,00, tendo se mantido relativamente estável durante os últimos 15 anos. Cerca de 61% da população não possui ensino fundamental completo e apenas 7% possuem ensino superior completo. (Fonte: IBGE,2022).

A taxa de fecundidade do estado ficou em 1,9 filhos por mulher, acima da média nacional de 1,7 filhos por mulher. Em 2023 o número de nascidos vivos no estado foi de 58.557 sendo 0,67% a mais do que no ano anterior, confirmando o crescimento da população. Com relação a razão entre sexos existem 101 homens para cada 100 mulheres, e 50,3% dos matogrossenses é do sexo masculino e 49,6% do sexo feminino (Fonte: IBGE/Prévia/2022 e SINASC,2023). Ademais, a população é predominantemente adulta, conforme o gráfico abaixo, que segundo o IBGE/Prévia/2022, está em processo de envelhecimento, com 51,88 pessoas com mais de 60 anos para cada 100 habitantes acima dos 14 anos.

Gráfico 01. Distribuição da população de Mato Grosso por faixa etária.



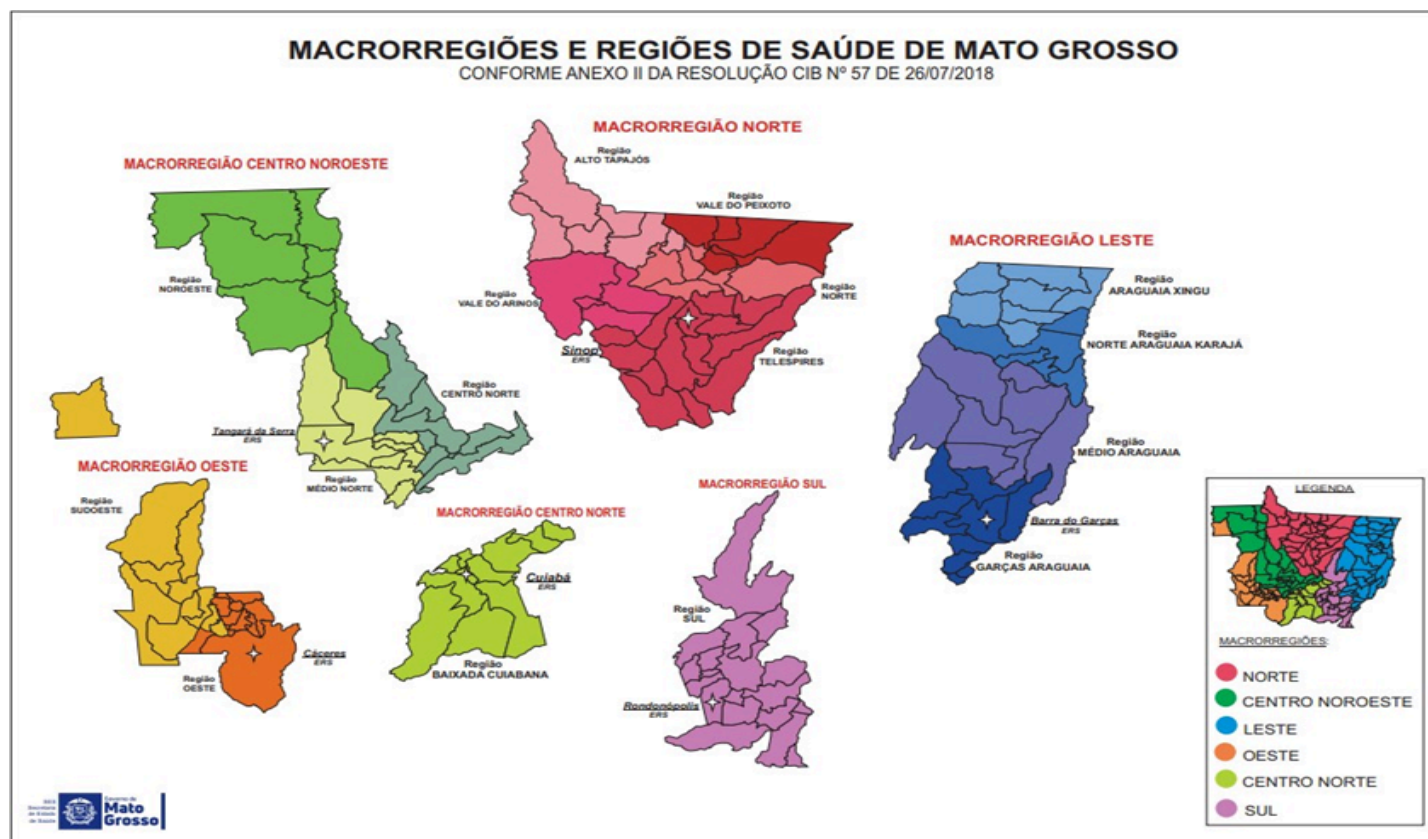
Fonte: IBGE, 2022.

Acerca dos determinantes e condicionantes saúde, 94% dos mato-grossenses são alfabetizados e o estado fica na 10ª posição entre os estados que mais investem em educação. No que se refere ao emprego e rendimento, 59,7% da população estava formalmente empregada em 2022, e o rendimento médio real habitual das pessoas acima de 14 anos ocupadas em trabalhos formais foi de R\$2.774,00 reais (IBGE, 2022). O Produto Interno Bruto (PIB) de Mato Grosso é um dos maiores do Brasil, impulsionado principalmente pelo agronegócio, o que demonstra a riqueza do estado.

Contudo, em relação ao saneamento básico, segundo o censo do IBGE de 2022, apenas 33,9% da população tem acesso à rede de esgoto, 80,7% tem água encanada, 88,6% tem acesso a coleta de lixo. Tais dados refletem diretamente nas condições de saúde dos matogrossenses. Apesar de alguns desafios, o Índice de Desenvolvimento Humano do estado ficou em 0,736 em 2021, o que coloca Mato Grosso na faixa de desenvolvimento humano mais alto.

Com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde os municípios foram agrupados em 06 (seis) macrorregiões de saúde e 16 (dezesesseis) regiões de saúde conforme à resolução CIB Nº 57 de 26/07/2018.

Figura 01. Macrorregiões de Saúde de Mato Grosso.



Fonte: Resolução CIB/MT Nº 57 de 26/07/2018.

No estado o perfil epidemiológico de morbi-mortalidade representa um processo dinâmico, considerado um indicador sensível às condições de vida e ao modelo de desenvolvimento de uma população, determinado pelo resultado da interação de variáveis interdependentes, como fatores de desenvolvimento econômico, ambientais, socioculturais, demográficos e históricos, e resultante da urbanização, das tecnologias e da melhoria das condições de vida, impactando no declínio da mortalidade.

Morbidade Hospitalar da Macrorregião de Saúde Oeste

No indicador Morbidade Hospitalar do SUS, segundo o CID 10, o total de internações ocorridas no período de 2019 a 2023 as seis principais causas que resultaram no maior quantitativo/percentual de participação nas internações hospitalares somam 56,24% do total geral, sendo:

Capítulo XIX - Lesões Envenenamentos e Algumas Outras Consequências Causas Externas com 145.160 internações (19,2%), dentre as principais causas neste capítulo temos as de fraturas de outros ossos dos membros com 60.782 (41,9%); em seguida outros traumas múltiplos corpo com 18.367 (12,6%), fratura de fêmur com 10.196 (7,0%);

Capítulo XI - Doenças do Aparelho Digestivo segunda maior causa de internação, com 98.493 internações (13,0%), dentre as principais causas de morbididade neste capítulo temos os casos de coledolitíase e colecistite com 26.819, seguido pelas doenças do apêndice com 14.494, hérnias inguinal com 13.155 casos, depois outras doenças do aparelho digestivo com 9.297;

Capítulo I – Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias com 91.500 (12,1%) de internações, esta causa comumente não se encontrava como umas das principais causas de internação, entretanto com o advento da pandemia de Covid-19 ficou com o terceiro maior número de internações no período; Capítulo X - doenças do aparelho respiratório com 83.976 (11,1%), destes 48.217 (57,4%) são casos de pneumonia, outras doenças do aparelho respiratório com 10.768 (12,8%) seguida das Bronquite enfisema e outras doenças pulmonar obstrutiva crônicas com 7.738 (9,2%);

Capítulo IX – Doenças do Aparelho Circulatório com 73.184 (9,7%), neste capítulo entre as principais causas de internação estão: Insuficiência cardíaca com 14.411 (19,7%) internações, Infarto agudo do miocárdio com 11.188 (15,3%) casos, e acidente vascular cerebral não específico hemorrágico ou isquêmico com 10.432 casos (14,2%);

Capítulo XIV – Doenças do Aparelho Geniturinário com 64.735 internações (8,5%). Outras doenças do aparelho urinário com 19.125 (29,5%) internações e insuficiência renal com 9.349 (14,4%) internações.

Mortalidade hospitalar da Macrorregião de Saúde Oeste

Quanto à mortalidade, as 6 (seis) primeiras causas apresentadas no período de 2019 a 2023 correspondem a 80% do total de óbitos no estado de Mato Grosso, sendo a 1ª o capítulo IX. Doenças do aparelho circulatório com 24.097 óbitos no período analisado, representou 21,16%, o risco de óbito por esta causa foi de 143,5 por 100.000 habitantes no ano de 2023, a Macrorregião Oeste apresentou a mais alta taxa de mortalidade no estado, 173,0 óbitos por 100.000 hab.

Insta salientar, a significância dos dados de óbitos por causas circulatórias, com predominância na faixa etária acima de 50 anos de idade e aumento proporcional com o avanço da idade. Neste capítulo destacam-se como principais grupo de causas de óbitos no período de 2019 a 2023: as doenças isquêmicas do coração (I20-I25), com 7.376 casos de óbitos; 6.200 óbitos por doenças cerebrovasculares (I60 – I69); 5.058 óbitos por doenças hipertensivas (I10-I15).

Observou-se que dos 10 subgrupos de causas de óbitos que compõem o Capítulo IX, três grupos de causas correspondem a 77,3% dos óbitos por doenças cardiovasculares; a 2ª causa, capítulo I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias com 19.315 (17,0%) no período de 2019 a 2023, neste capítulo estão inclusos os óbitos por coronavírus (CID-10 B 34.2) em 2021 no auge da pandemia a taxa de mortalidade foi de 283,9 por 100.000 habitantes.

Em 2023 a taxa de mortalidade está em 28,6 por 100.000 habitantes com 1.047 óbitos, a Macrorregião Sul apresenta a maior taxa de doenças infecciosas e parasitárias no estado, 34,0 óbitos por 100.000 hab. 3ª causa, capítulo XX. Causas externas de morbidade e mortalidade com 16.034 óbitos (14,1%) representam a segunda principal causa de óbito no estado.

O risco de óbito em decorrência das Causas externas no estado foi de 96,2 por 100.000 hab. em 2023, a Macrorregião Oeste em 2023 apresentou a maior taxa de mortalidade por esta causa 118,6 óbitos por 100.000 hab., apresentando aumento de 21,90% na taxa neste período. Em média 80% destes óbitos são do sexo masculino e a maioria em faixa etária economicamente ativa.

Os acidentes (V01-X59) totalizaram 8.974 óbitos, sendo 5.696 de transporte (V1-V99), destes destaque-se os motociclistas traumatizados (V20-V29) que corresponde a 2.362 óbitos, outras causas externas de traumatismos

acidentais 3.278 óbitos; as agressões com 4.832 óbitos; 4ª causa, capítulo II Neoplasias com 15.359 óbitos (13,5%) no período de 2019 a 2023, a taxa de mortalidade foi de 92,6 por 100.000 hab. em 2023.

Nesta causa, destaca-se os óbitos por neoplasias malignas dos órgãos digestivos com 4.644 óbitos; neoplasias maligna do aparelho respiratório e órgãos, com 2.287 óbitos; neoplasias de órgãos genitais masculinos 1.438 óbitos; neoplasia malignas da mama 1.146 óbitos; A taxa de mortalidade na Macrorregião Sul por neoplasias no ano de 2023 foi de 101,2 por 100.000 hab, bem acima do estado, no período de 2019 para 2023 ocorreu aumento de 22,2% nesta taxa. 5ª causa, capítulo X as doenças do aparelho respiratório aparecem como a quinta maior causa de óbitos no período de 2019 a 2023 com 9.129 óbitos (8,9%), a taxa de mortalidade foi de 54,2 óbitos por 100.000 habitantes em 2023.

Considerando os subgrupos deste capítulo, as doenças crônicas das vias aéreas inferiores foram responsáveis por 3.902 óbitos (42,74%) e a influenza e pneumonia foram responsáveis por 3.858 (42,3%). Esses dois subgrupos são responsáveis por 85,0% dos óbitos por doenças respiratórias no período.

A Macrorregião Oeste em 2023 apresentou a maior taxa de mortalidade no estado por esta causa 82,0 óbitos por 100.000 hab., apresentando aumento de 44,60% na taxa nesse período. 6ª causa, capítulo IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas na sexta posição com 7.259 óbitos (6,40%) e taxa de mortalidade em 2023 de 44,2 óbitos por 100.000 habitantes. Representada por número expressivo de óbitos advindos das consequências do diabetes mellitus com 5.599. A Macrorregião Oeste em 2023 apresentou a maior taxa de mortalidade no estado por esta causa 59,0 óbitos por 100.000 hab., apresentando aumento de 45,1% na taxa neste período.

Analisando estes dados, observamos variação regional nas taxas de mortalidade, com destaque para a Macrorregião Oeste, o qual podemos apontar para necessidades de estratégias específicas, as condições de saúde mais críticas e suas implicações. A mortalidade por doenças cardiovasculares e doenças infecciosas é particularmente preocupante. A questão das causas externas (acidentes e agressões) também é alarmante, principalmente pela alta incidência entre homens e pessoas em idade ativa. As neoplasias e doenças respiratórias também representam uma parte significativa dos óbitos, enquanto as doenças endócrinas são uma preocupação crescente.

Neste contexto é importante apresentar descrição geral da Macrorregião de Saúde Oeste o qual inclui as Regiões Oeste e Sudoeste Matogrossense.

Macrorregião Oeste - Regiões de Saúde Oeste / Sudoeste Matogrossense

Em consonância com a Resolução CIB/MT Nº 57 de 26/07/2018, a Macrorregião de Saúde Oeste Mato Grossense é constituída pelas Regiões Oeste e Sudoeste, com sede no município de Cáceres. Assim, a Macrorregião Oeste é composta por 22 municípios, cuja população totaliza 350.476 habitantes, distribuídos na Região Sudoeste com 201.091 habitantes, e Região Oeste com 149.385 habitantes. (Censo IBGE/2022 + Assentados - IBGE/INCRA/2017).

O número de população total da macrorregião Oeste corresponde a 15,6% do total dos 142 municípios do estado, ocupando uma área de 116.124,70Km², ou 12,85% do território mato-grossense. Em relação à população, são 14 municípios com população abaixo de 10.000 habitantes; 04 municípios com população entre 10 e 20 mil habitantes; 03 municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes e apenas 01 municípios acima de 50.000 habitantes.

Quadro 01. Estimativa populacional da Macrorregião Oeste Matogrossense, 2023

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	Censo IBGE Pop.2022	N.º de Assentados /INCRA/IBGE 2017 (IBGE/PNAD-2015)	Censo IBGE 2022 + N.º de Assentados (3,47) 2017 (INCRA/IBGE)	Est. Pop. 2022 - Plano de Saúde (21%) ANS-AGO/21
OESTE	ARAPUTANGA	13.538	1.360	14.898	2.843
	CACERES	92.639	5.816	98.455	19.454
	CURVELANDIA	4.880	649	5.529	1.025
	GLORIA D'OESTE	3.247	-	3.247	682
	INDIAVAI	1.918	-	1.918	403
	LAMBARI D'OESTE	5.860	-	5.860	1.231
	MIRASSOL D OESTE	28.023	3.012	31.035	5.885
	PORTO ESPERIDIAO	10.781	250	11.031	2.264
	RESERVA DO CABACAL	2.046	121	2.167	430
	RIO BRANCO	4.721	361	5.082	991
	SALTO DO CEU	4.401	236	4.637	924
	S. J. DOS QUATRO MARCOS	16.979	253	17.232	3.566
OESTE Total		189.033	12.058	201.091	39.697
SUDOESTE	CAMPOS DE JULIO	9.039	-	9.039	1.898
	COMODORO	20.283	3.814	24.097	4.259
	CONQUISTA D'OESTE	3.687	1.353	5.040	774
	FIGUEIROPOLIS D'OESTE	3.159	83	3.242	663
	JAURO	8.323	3.081	11.404	1.748
	NOVA LACERDA	6.432	1.974	8.406	1.351
	PONTES E LACERDA	55.050	4.577	59.627	11.561
	RONDOLANDIA	3.423	743	4.166	719
	VALE DE SAO DOMINGOS	2.754	-	2.754	578
	VILA BELA. DA S. TRINDADE	17.435	4.174	21.609	3.661
SUDOESTE Total		129.585	19.800	149.385	27.213
MACRORREGIÃO OESTE Total		318.618	31.858	350.476	66.910

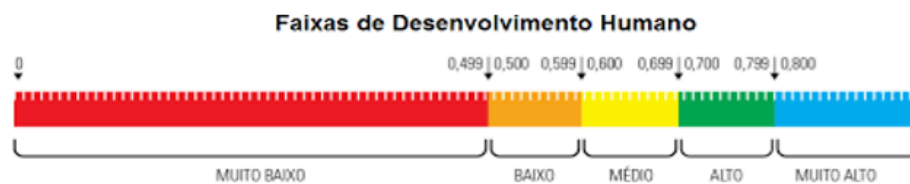
Fonte: SIH_DataSUS_MS/DW.info.em.saúde_SES-MT, 2023.

Dados de 2019 a 2020 apontam que população estimada por sexo e faixa etária da Macrorregião Oeste predomina entre 20 a 49 anos correspondendo à 45.02% da população total. Em seguida, as faixas etárias de 0 a 19 anos com 31,0%, e por último as faixas etárias de 60 a 80 anos e mais com 24,0 %.

Esses dados evidenciam que a macrorregião tem uma população economicamente ativa bastante significativa. Também fica evidente que os municípios de Cáceres, Pontes e Lacerda, Mirassol D'Oeste, Comodoro e São José dos Quatro Marcos, se configuram como os maiores municípios em termos de população, no entanto, o único município com população acima de 50 mil é Cáceres.

A Macrorregião Oeste apresenta um dos maiores índices de envelhecimento do estado (57,75%). Essa realidade pode estar relacionada com o próprio fato do município de Cáceres (maior da Macrorregião) ser um dos mais antigos do estado de MT. Corroborando com este indicador, apresenta a menor taxa de crescimento populacional 0,54% (2019-2020). Em 2022 o índice de IDH dos municípios da macrorregião não é considerado baixo.

Figura 02. Número de municípios da Macrorregião Oeste e conforme Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), 2022.



LOCALIDADE	Baixo	Médio	Alto	Total Geral
MT	3	89	49	141
MACRORREGIÃO	-	13	9	22

Fonte: IBGE, 2022

Considerando o Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos/Ministério da Saúde do período de Janeiro a Dezembro de 2024 apresentando o quantitativo de 2.627 nascidos vivos na Macrorregião de Saúde Oeste, de acordo com dados extraídos e acesso ao link <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/nascidos-vivos/> ; bem como a necessidade de realização dos Partos de Risco Habitual e de Gestação de Alto Risco (GAR), haja vista que dentre os fatores de risco, um dos que têm maior importância é a prematuridade anterior. Vários estudos mostram que o risco de prematuridade é de 10% em média.

Caso a mulher tenha um filho de termo, o risco de prematuridade na gesta o seguinte   menor: 5%, e se ela tiver um pré-termo anterior, o risco aumenta para 15%. Caso a mulher tenha dois prematuros, o risco de prematuridade na terceira gravidez aumenta para 32%. Sendo assim, é fundamental encaminhar toda mulher que tenha um parto pré-termo para uma avalia o interpartal, de acordo com o Manual de Gesta o de Alto Risco (GAR)/2011.

Segundo o Sistema de Informa o sobre Nascidos Vivos (SINASC, 2022), a Macrorregião Oeste registrou no período de 1 ano (2022), um total de 4.761 nascidos vivos. Distribuídos da seguinte forma, Região Oeste com 2.732 registros e a Região Sudoeste com 2.029 registros.

Quadro 02. Nascidos vivos na Macrorregião Oeste por região de residência, 2022.

Macrorregião	Região de Saúde	ERS	Nascidos Vivos/Ano	Nascidos Vivos/M�s
Oeste	Oeste	Cáceres	2.732	228
	Sudoeste	Pontes e Lacerda	2.029	169
Oeste – Total			4.761	397

Fonte: TabNet/SINASC/2022.

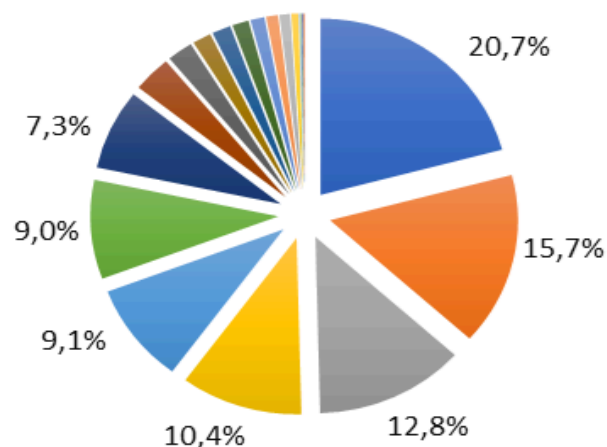
Morbidade/Mortalidade - Macrorregião de Saúde Oeste

a) Causas de intern  o realizadas na Macrorregião Oeste segundo o diagnóstico principal

Durante o período de janeiro de 2020 a julho de 2023, a Macrorregião Oeste registrou um total de 70.146 intern  es. Entre as diversas causas, aquelas identificadas como diagnóstico principal se destacaram gravidez, parto e puerpério, abrangendo 20,7% dos registros, seguidas, causas externas, por condições digestivas, respiratórias, geniturinárias, doenças infecciosas, doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Esses dados detalhados podem ser encontrados na tabela abaixo, que distribui o diagnóstico principal entre as diferentes especialidades clínicas hospitalares.

Gráfico 02. Intern  es por especialidade segundo o diagnóstico na Macrorregião Oeste, 2020 a 2023.

- Gravidez, parto e puerpério
- Lesões, envenen. e algumas outras conseq. causas externas
- Doenças do aparelho digestivo
- Doenças do aparelho respiratório
- Doenças do aparelho geniturinário
- Algumas outras doenças infecciosas e parasitárias
- Doenças do aparelho circulatório
- Neoplasias/tumores
- Em branco
- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
- Sintomas, sinais e achados anormais em exam. Clin. e lab.
- Fator. que influen. o estado de saúde, serv. de saúde
- Doenças do sistema nervoso
- Outras afecções originadas no período perinatal
- Doenças do sangue, hematopoéticos, alguns transt. Imunit.
- Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo
- Malformações congênitas, deformid. e anomalias cromossômicas
- Doenças do olho e anexos
- Transtornos mentais e comportamentais
- Doenças do ouvido e apófise mastoide



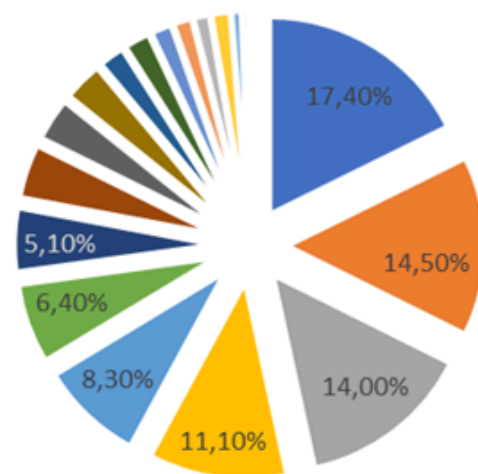
Fonte: DW/SIH-SUS - 2023. *Ano 2023 – Dados parciais de janeiro a julho (07 meses).

b) Principais causas de internações em outras Macrorregiões

No período de janeiro de 2020 a julho de 2023 (43 meses), registrou-se um total de 5.620 internações de residentes da Macrorregião Oeste em outras macrorregiões do Estado. Entre as causas, destacam-se aquelas identificadas como diagnóstico principal de neoplasias e tumores 17,40%, seguidas por doenças do aparelho circulatório (14,50%) e doenças infecciosas e parasitárias (14%).

Gráfico 03. Internações de residentes da Macrorregião Oeste em outras Macrorregiões do Estado, por especialidade de janeiro de 2020 a julho de 2023.

- Neoplasias/tumores
- Doenças do aparelho circulatório
- Algumas outras doenças infecciosas e parasitárias
- Transtornos mentais e comportamentais
- Lesões, envenen. e algumas conseq. de causas externas
- Doenças do aparelho digestivo
- Gravidez, parto e puerpério
- Doenças do aparelho respiratório
- Doenças do aparelho geniturinário
- Malformações congênitas, deform. e anom. cromossômicas
- Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo
- Doenças do sistema nervoso
- Outras afecções originadas no período perinatal
- Em branco
- Sintomas, sinais e achados anormais em exame clínico e laboratorial
- Fatores que influen. o estado de saúde e o cont com serv. de saúde
- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
- Doenças do sangue, hematopoéticos e alguns transt. imunitários
- Doenças do olho e anexos
- Doenças do ouvido e apófise mastoide



Fonte: DW/SIH-SUS - 2023. *Ano 2023 – Dados parciais de janeiro a julho (07 meses).

Tabela 01. Internações na Macrorregião Oeste, por Capítulo CID 10 e Faixa Etária, período janeiro a novembro de 2024.

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	74	83	45	24	18	53	45	58	41	58	56	32	587
II. Neoplasias (tumores)	1	1	6	5	5	27	47	133	99	97	86	37	544
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	6	15	5	5	7	19	11	30	26	30	14	24	192
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3	5	3	-	5	9	7	35	36	51	53	31	238
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	-	-	-	1	2	2	1	1	2	-	-	10
VI. Doenças do sistema nervoso	3	15	11	6	7	12	20	25	10	24	17	9	159
VII. Doenças do olho e anexos	1	1	-	1	1	2	4	12	12	11	11	2	58
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1	9	9	-	2	1	1	4	-	6	1	-	34
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	5	11	3	3	20	54	106	171	172	197	138	880

X. Doenças do aparelho respiratório	154	221	84	15	12	43	50	66	84	127	172	160	1188
XI. Doenças do aparelho digestivo	17	57	57	60	57	225	311	410	320	325	187	83	2109
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	23	27	16	8	11	27	28	35	47	39	23	15	299
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	-	5	7	10	26	32	27	20	13	13	-	154
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	8	22	36	18	49	107	132	210	228	216	170	96	1292
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	44	554	1724	839	112	1	-	-	-	3274
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	146	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	149
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	3	2	3	2	3	1	2	3	-	-	-	20
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	8	16	17	12	14	19	32	27	20	48	38	32	283
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	13	73	102	94	172	398	421	442	341	230	152	92	2530
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	3	11	2	11	42	46	34	25	10	8	5	197
Total	461	556	420	307	941	2760	2085	1769	1485	1459	1198	756	14197

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), dados disponíveis extraídos link <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nimt.def>

A tabela supra, apresenta dados de internações na Macrorregião Oeste por diferentes causas, classificadas conforme o CID-10, distribuídas por faixa etária. O total de internação é 14.197 no período de janeiro a novembro de 2024.

Analisando as causas de internação em diferentes grupos etários, observamos as faixas etárias com maior número de internação, 20 a 29 anos (2760), 30 a 39 anos (2085) e 40 a 49 (1769), sendo a gravidez, parto e puerpério (3274) maior causa de internação, seguida por causas externas (2530) e doenças do aparelho digestivo.

As causas relacionadas às doenças do aparelho geniturinário, aparelho respiratório apresentam taxas elevadas de internações. As doenças do aparelho circulatório ocupam primeiro lugar nas faixas etárias de 70 a 79 anos. Cabe destacar a faixa etária menor de 1 ano a maior causa de internação são as doenças do aparelho respiratório (154) seguida de afecções originadas no período perinatal.

De forma geral podemos referir que na categoria gravidez, parto e puerpério se destaca, especialmente nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, isso reflete a alta incidência de complicações associadas ao processo reprodutivo, como partos e complicações pós-parto.

O impacto das doenças infecciosas e parasitárias é mais significativo em crianças, especialmente na faixa etária menor de 1 ano. As neoplasias (tumores) e doenças do aparelho circulatório se tornam as principais causas de morte em adultos, refletindo a prevalência de condições crônicas em idades mais avançadas. As causas externas, como acidentes e violência, têm maior impacto em faixas etárias jovens, como na faixa etária de 15 a 29 anos.

Como destacado acima, as causas externas de morbidade são responsáveis pela maior causa de mortalidade (tabela 2) apresentada pelos municípios envolvendo as Regiões de Saúde Oeste e Sudoeste Mato-grossense, considerando o número significativo de acidentes de trânsito, acidentes de trabalho e violência. Seguidas das causas externas de mortalidade e doenças do aparelho digestivo, respiratório, e circulatório estão as Neoplasias, onde podemos dizer que a mortalidade por este grupo de causas pode ser devido às mutações genéticas adquiridas

ao longo da vida, considerando que as mutações genéticas hereditárias tornam o indivíduo mais vulnerável para o câncer, quando expostas a um determinado fator de risco.

Tabela 02. Taxa de mortalidade na Macrorregião Oeste, por Capítulo CID-10 e Faixa Etária 1, período de janeiro a novembro de 2024.

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	8,89	6,9	12,2	3,45	17,86	28,13	5,79
II. Neoplasias (tumores)	-	-	7,41	-	1,5	10,1	14,43	16,28	8,11	8,27
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	-	-	3,85	-	14,29	12,5	3,13
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	-	11,11	14,29	2,86	11,11	-	9,43	16,13	7,14
VI. Doenças do sistema nervoso	-	14,29	-	5	12	-	8,33	11,76	-	5,66
IX. Doenças do aparelho circulatório	...	-	-	-	2,83	4,09	6,98	10,66	12,32	6,82
X. Doenças do aparelho respiratório	-	-	2,33	4	9,09	11,9	14,96	19,19	28,75	9,85
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	0,64	1,46	3,75	2,77	5,88	19,28	2,66
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	3,7	-	-	2,13	-	13,04	-	1,67
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	-	7,69	-	...	0,65
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	0,93	-	0,48	2,19	1,85	7,06	15,63	2,94
XV. Gravidez parto e puerpério	...	-	0,12	0,12	-	-	...	...	...	0,09
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	0,68	...	-	-	...	...	...	...	...	0,67
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	-	-	3,13	7,41	-	8,33	15,79	15,63	6,36
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	-	0,5	0,71	0,45	0,59	2,61	4,61	4,35	1,03
XXI. Contatos com serviços de saúde	...	9,09	-	-	-	4	-	-	-	1,02
Total	0,22	0,21	0,36	0,72	1,7	3,91	5	10,52	16,27	3,09

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), dados disponíveis extraídos link <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nimt.def>

A dificuldade de acesso aos serviços especializados e diagnósticos tardios obriga-nos a destacar a importância de acompanhar esses resultados, considerando o perfil epidemiológico dos municípios pertencentes à Macrorregião Oeste e atenção maior para esse grupo de causas.

Portanto, a consolidação das medidas de promoção de saúde na rotina da atenção básica, pode, juntamente com o diagnóstico precoce e tratamento adequado, colaborar na redução da mortalidade por tais doenças, no entanto assistência especializada e qualificada em tempo hábil nos quadros agudos, bem como acompanhamento adequado se faz necessário para redução dos dados apontados.

De acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, a Macrorregião Oeste Mato-grossense conta com rede de estabelecimentos com leitos cadastrados, sendo públicos, privados e conveniados ao SUS, contabilizando distribuídos nas Regiões Oeste e Sudoeste, com a necessidade de fortalecimento e organização dos serviços de saúde, a fim de garantir o atendimento aos usuários, com recursos tecnológicos adequado, equipe multiprofissional qualificada, regulação do acesso, na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente.

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES/MT tem responsabilidade em promover a manutenção dos Serviços de Assistência à Saúde aos pacientes/Usuários do SUS e o presente documento tem como objetivo subsidiar a referida parceria na garantia e disponibilidade de Assistência Integral à Saúde aos pacientes/Usuários do SUS no que tange especialmente à oferta/disponibilidade dos serviços hospitalares de Média e Alta Complexidade para a Macrorregião de Saúde Oeste.

Região de Saúde Sudoeste Matogrossense

A Região de Saúde Sudoeste Mato-grossense compõe a Macrorregião de Saúde Oeste, possui Área Geográfica em Km²: 74.763,69, Área Geográfica em Km²: 74.763,69, com total de 201.091 habitantes, distribuídos em dez (10) municípios a maioria de pequeno porte, com menos 10 mil habitantes (Censo IBGE/2022 + Assentados - IBGE/INCRA/2017), sendo sede da região o município de Pontes e Lacerda. O município de Rondolândia faz limite com Rondônia. Os municípios de Vila Bela da Santíssima Trindade e Comodoro limitam-se à Bolívia.

Apresenta uma predominância da população urbana com um percentual de 64,40%. Os municípios de Vila Bela da Santíssima Trindade e Vale de São Domingos são os que apresentam as menores taxas de urbanização, quais sejam, 35,60% e 23,40%, respectivamente (Fonte: Plano de Fortalecimento Regional - Região de Saúde Sudoeste Mato Grossense, 2022). Pontes e Lacerda, o município mais populoso da região Sudoeste, também possui um Campus da Universidade do Estado de Mato Grosso e IFMT, atraindo estudantes de toda a região. Tem em seu território o “Hospital Vale do Guaporé” que realiza atendimentos de Média Complexidade para toda a região (conforme fluxo estabelecido). Vila Bela da Santíssima Trindade possui grande rebanho bovino, com ampla atividade agropecuária.

Na região há, ainda, instalados empreendimentos como frigoríficos e laticínios (Pontes e Lacerda, Comodoro, Vila Bela da Santíssima Trindade e Conquista D'Oeste). Na agricultura, destaca-se o município de Campos de Júlio. A atividade turística vem despontando na região como mais uma alternativa de crescimento econômico, pois, a exemplo do que ocorre na região Oeste, há recursos hídricos - Rio Guaporé e/ou outros recursos naturais abundantes como serras, cachoeiras e trilhas.

População Indígena aldeada (Fonte: SIASI, 2023) 2.087 habitantes pertencentes ao município de Comodoro (Nambikwara, Akinã e Saibanê), 334 ao município de Conquista D'Oeste (Pareci e Nambikwara), 136 Nova Lacerda (Nambikwara e Pareci), 16 em Campos de Júlio (Pareci) e 292 Rondolândia (Suruí de RO, Cinta Larga, Zoró) Comunidades Quilombolas: Vila Bela da Santíssima Trindade – 07 – Bela Cor, Boqueirão, Manga, Vale do Rio Alegre, Vale do Rio Guaporé, Capão Negro, Vale do Alegre (Fonte: SES-PRO-2023/00803).

O município sede da Região Sudoeste Matogrossense, Pontes e Lacerda conta com a Rede Assistencial composta por, 01 (uma) Agência Transfusional – AT; 01 (uma) Unidade Descentralizada de Reabilitação – UDR; 1 (um) Centro de Apoio Psicossocial – CAP; 01 (um) Centro de Especialidades Médicas; 01 (uma) Clínica de Diagnóstico por Imagem, privada, conveniada ao SUS; 02 (duas) Estratégia Saúde da família Rural; 01 (um) Posto de Saúde; 09 (nove) Unidades saúde da família e o Hospital Vale do Guaporé caracterizado como Filantrópico, conveniado ao SUS

possui **73** (setenta e três) leitos existentes, destes, 67 (sessenta e sete) disponíveis ao SUS com atendimento centrado na média complexidade. Atende, Ortopedia/traumatologia, Cirurgia Geral, Obstetrícia Clínica e Cirúrgica e Pediatria Clínica e Cirúrgica.

Região de Saúde Oeste Mato-grossense

A Região de Saúde Oeste é composta por 12 (doze) municípios (Araputanga, Cáceres, Curvelândia, Glória D'Oeste, Indiavaí, Lambari D'Oeste, Mirassol D'Oeste, Porto Esperidião, Reserva do Cabaçal, Rio Branco, Salto do Céu e São José dos IV Marcos). O município com o menor número de habitantes é Reserva do Cabaçal com 2.164 (Censo IBGE/2022 + Assentados - IBGE/INCRA/2017) e o maior, é o município de Cáceres com 98.455 habitantes (Estimativa IBGE 2021), também município sede da região. Nesse contexto populacional, está inserida ainda uma população indígena - aldeada - de 322 habitantes em Porto Esperidião, distribuídas num total de cinco aldeias (Fonte: SIASI, 2023); as aldeias estão localizadas aproximadamente 150 km da zona urbana. As principais atividades econômicas da região são pecuária extensiva de corte, pecuária leiteira, piscicultura, turismo, pequenas indústrias, agricultura familiar e prestação de serviços de saúde e educação/ensino.

A Região Oeste Matogrossense apresenta uma predominância acentuada da população urbana com um percentual de 78,82%. Apenas o município de Porto Esperidião aponta predomínio da população rural com percentual de 61,90% (Fonte: IBGE, Censo 2010). Cáceres, o município mais populoso da região Oeste, apresenta uma extensa área alagável (Pantanal) e é um dos municípios de MT com o maior número de propriedades rurais voltadas para a agropecuária, com um dos maiores rebanhos bovinos do Brasil (INDEA, 2022). Já Porto Esperidião apresenta extensa área rural. Estes municípios fazem fronteira com a Bolívia, país que confere a origem de vários pacientes, inclusive de urgência e emergência (Fonte: Plano de Ação da Região Oeste de MT, SES – 2012).

No município de Cáceres também está instalado o maior hospital da região - Hospital Regional Dr. Antônio Fontes e Anexo I (Hospital São Luiz). É um pólo de educação (UNEMAT, UNOPAR, FAPAN e IFMT) que atrai boa parte da população de outros municípios e estados (população flutuante), os quais também utilizam o sistema de saúde local, além da população oriunda de uma dezena de assentamentos e acampamentos rurais.

Registra-se, ainda, que habitantes do país vizinho, Bolívia, cuja estrutura de saúde ainda é insipiente, se valem igualmente da estrutura de atendimento à saúde em Cáceres (acesso facilitado em função da extensa zona fronteira e via pavimentada entre Cáceres e San Matias) (Fonte: Plano de Ação da Região Oeste de MT, SES – 2012).

Araputanga e São José dos IV Marcos possuem indústrias de médio porte (laticínios) com número considerável de funcionários que utilizam a rede de assistência de saúde local, e em casos de maior complexidade tem como referência da rede o município de Cáceres (e outros da Macrorregião, dependendo da situação considerada). Lambari D'Oeste e Mirassol D'Oeste possuem usinas produtoras de álcool propiciando uma população flutuante sazonal (época de corte de cana) utilizando a rede de assistência local, exigindo maior atenção do gestor (Fonte: Plano de Ação da Região Oeste de MT, SES – 2012).

Conforme a capacidade técnica e parque tecnológico, situados na Macrorregião de Saúde Oeste, especificamente na Região de Saúde Oeste possui capacidade instalada que comporta uma estrutura de serviços de saúde significativa, e que a contratualização dos Serviços de Saúde por meio da rede de assistência hospitalar sob Gestão Estadual existentes na região corroboram como referência regional/macrorregional e estadual para a realização de serviços de Assistência de Média e Alta Complexidade.

Distribuição de Leitos na Macrorregião de Saúde Oeste

Quadro 03. Número de Leitos - MT - Por Especialidade, Município e Unidade, atualização - competência dezembro de 2024, Macrorregião de Saúde Oeste.

Estabelecimento Microrregião	Estabelecimento Município Nome	Cód. Município	Código Cnes	Estabelecimento Nome	Especialidade 2	Qtd. Exist	Qtd. SUS
---------------------------------	-----------------------------------	-------------------	----------------	----------------------	-----------------	---------------	-------------

OESTE	ARAPUTANGA	510125	2752611	HOSPITAL GERAL E MATERNIDADE ARAPUTANGA	CIRURGIA GERAL	5	4	
					CLÍNICA GERAL	5	5	
					OBSTETRICIA CIRURGICA	3	2	
					OBSTETRICIA CLINICA	2	2	
					PEDIATRIA CLINICA	4	3	
					HOSPITAL GERAL E MATERNIDADE ARAPUTANGA Total		19	16
					ARAPUTANGA Total		19	16
	CÁCERES	510250	2395037	HOSPITAL REGIONAL DR ANTONIO FONTES ANEXO I	CIRURGIA GERAL	28	28	
					CLÍNICA GERAL	30	30	
					OBSTETRICIA CIRURGICA	12	12	
					OBSTETRICIA CLINICA	24	24	
					PEDIATRIA CIRURGICA	1	1	
					PEDIATRIA CLINICA	5	5	
					UTI ADULTO	20	10	
					UTI NEONATAL	10	0	
					HOSPITAL REGIONAL DR ANTONIO FONTES ANEXO I Total		130	110
			2534460	HOSPITAL REGIONAL DR ANTONIO FONTES	CIRURGIA GERAL	24	24	
					CLÍNICA GERAL	31	31	
					NEUROCIRURGIA	3	3	
					NEUROLOGIA	7	7	
					ONCOLOGIA	8	8	
					ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	28	28	
					PEDIATRIA CLINICA	32	32	
					UNIDADE ISOLAMENTO	5	5	
					UTI ADULTO	16	6	
			UTI PEDIÁTRICA	10	0			
			HOSPITAL REGIONAL DR ANTONIO FONTES Total		164	144		
			2998653	HOSPITAL QUALITY	CIRURGIA GERAL	38	36	
				HOSPITAL QUALITY Total		38	36	
			3771393	COC CENTRO OFTALMOLOGICO DE CÁCERES	CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAP EUTICO	2	2	
					OFTALMOLOGIA	4	2	
					COC CENTRO OFTALMOLOGICO DE CÁCERES Total		6	4
			CÁCERES Total		338	294		
	MIRASSOL D OESTE	510562	2395266	HOSPITAL MATER DEI	CARDIOLOGIA	8	6	
					CIRURGIA GERAL	8	6	
					CLÍNICA GERAL	12	10	
					GINECOLOGIA	3	2	
					OBSTETRICIA CIRURGICA	4	3	
					OBSTETRICIA CLINICA	2	1	
					HOSPITAL MATER DEI Total		41	30
			7254628	HOSPITAL SAMUEL GREVE	CARDIOLOGIA	3	3	
					CIRURGIA GERAL	3	3	
					CLÍNICA GERAL	13	13	
					GINECOLOGIA	3	3	
					OBSTETRICIA CIRURGICA	8	8	
					OBSTETRICIA CLINICA	4	4	
					ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	2	2	
			PEDIATRIA CLINICA	4	4			
			UNIDADE ISOLAMENTO	1	1			
			HOSPITAL SAMUEL GREVE Total		41	41		
			MIRASSOL D OESTE Total		82	71		



PORTO ESPERIDIÃO	510682	2393840	PSF GILDA MARIA FERERINE VALLES DE MIRANDA	CLÍNICA GERAL	4	4
			PSF GILDA MARIA FERERINE VALLES DE MIRANDA Total		4	4
PORTO ESPERIDIÃO Total					4	4
RIO BRANCO	510720	2394782	HOSPITAL MUNICIPAL DE RIO BRANCO	CLÍNICA GERAL	12	12
				OBSTETRICIA CIRURGICA	1	1
				OBSTETRICIA CLINICA	2	2
				PEDIATRIA CLINICA	3	3
			HOSPITAL MUNICIPAL DE RIO BRANCO Total		18	18
RIO BRANCO Total					18	18
SALTO DO CÉU	510775	2394189	HOSPITAL MUNICIPAL DE SALTO DO CÉU	CIRURGIA GERAL	3	3
				CLÍNICA GERAL	3	3
				OBSTETRICIA CIRURGICA	1	1
				OBSTETRICIA CLINICA	2	2
			PEDIATRIA CLINICA	5	5	
HOSPITAL MUNICIPAL DE SALTO DO CEU Total		14	14			
SALTO DO CEU Total					14	14
SÃO JOSÉ DOS QUATRO MARCOS	510710	0759015	CLINICA PRO VIDA	OBSTETRICIA CLINICA	6	0
			CLINICA PRO VIDA Total		6	0
		2394316	HOSPITAL QUATRO MARCOS	CLÍNICA GERAL	30	10
				OBSTETRICIA CIRURGICA	12	6
				OBSTETRICIA CLINICA	4	0
				PEDIATRIA CIRURGICA	3	0
				PEDIATRIA CLINICA	3	0
		HOSPITAL QUATRO MARCOS Total		52	16	
SÃO JOSÉ DOS QUATRO MARCOS Total					58	16
					533	433
CAMPOS DE JÚLIO	510268	2394324	HOSPITAL MUNICIPAL LEOCYR LAZARETE	CIRURGIA GERAL	4	4
				CLÍNICA GERAL	8	8
				OBSTETRICIA CIRURGICA	2	2
				PEDIATRIA CLINICA	2	2
				UNIDADE ISOLAMENTO	1	1
			HOSPITAL MUNICIPAL LEOCYR LAZARETE Total		17	17
CAMPOS DE JÚLIO Total					17	17
COMODORO	510330	2395274	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE COMODORO	CIRURGIA GERAL	7	5
				CLÍNICA GERAL	17	14
				OBSTETRICIA CIRURGICA	4	2
				OBSTETRICIA CLINICA	4	3
			PEDIATRIA CLINICA	10	7	
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE COMODORO Total		42	31			
COMODORO Total					42	31
JAURU	510500	2394723	HOSPITAL DE JAURU	CIRURGIA GERAL	9	8
				CLÍNICA GERAL	18	14
				OBSTETRICIA CIRURGICA	4	4
				PEDIATRIA CLINICA	6	6
			UNIDADE ISOLAMENTO	1	1	
HOSPITAL DE JAURU Total		38	33			
JAURU Total					38	33
PONTES E LACERDA	510675	2394545	HOSPITAL SAO LUCAS	CIRURGIA GERAL	1	0
				CLÍNICA GERAL	4	0
				GERIATRIA	1	0
				OBSTETRICIA CIRURGICA	3	0

				OBSTETRICIA CLINICA	2	0
				ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	1	0
				PEDIATRIA CIRURGICA	1	0
				PEDIATRIA CLINICA	1	0
				HOSPITAL SÃO LUCAS Total	15	0
				2752654 HOSPITAL VALE DO GUAPORÉ	CIRURGIA GERAL	11 11
					CLÍNICA GERAL	36 36
					OBSTETRICIA CIRURGICA	3 3
					OBSTETRICIA CLINICA	7 7
					ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	8 8
					PEDIATRIA CIRURGICA	2 2
					PEDIATRIA CLINICA	6 6
					UNIDADE ISOLAMENTO	1 1
				HOSPITAL VALE DO GUAPORÉ Total	74	74
				PONTES E LACERDA Total	89	74
				VILA BELA DA S TRINDADE 510550 2752603 HOSPITAL EVANGÉLICO DE MATO GROSSO	CIRURGIA GERAL	22 20
					CLÍNICA GERAL	21 20
					OBSTETRICIA CIRURGICA	4 3
					OBSTETRICIA CLINICA	6 5
					PEDIATRIA CIRURGICA	1 1
					PEDIATRIA CLINICA	5 4
					UNIDADE ISOLAMENTO	2 2
				HOSPITAL EVANGÉLICO DE MATO GROSSO Total	61	55
				VILA BELA DA S TRINDADE Total	61	55
				SUDOESTE MATO-GROSSENSE Total	247	210
				TOTAL MACRORREGIÃO OESTE	780	643

Fonte: Dados informados pela Coord. Terciária/CAT/SAS/SES-MT, em 14/02/2025.

A **Macrorregião de Saúde Oeste Mato-grossense** conta com um total de **18 estabelecimentos de saúde**, que somam **780 leitos hospitalares**, dos quais **643 são credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS)**. Essa distribuição ocorre entre as **Regiões Oeste e Sudoeste**, sendo que a **Região Oeste concentra a maior parte dos recursos hospitalares**, com **12 estabelecimentos de saúde**, totalizando **533 leitos**, o que representa **68,33% do total de leitos da Macrorregião Oeste**. Dentro desse montante, **433 leitos são destinados ao SUS**, correspondendo a **67,34% do total de leitos SUS disponíveis na Macrorregião**.

Na **Região Oeste**, o município de **Cáceres** se destaca como referência hospitalar, possuindo **quatro estabelecimentos de saúde**, dos quais **dois são públicos**. No total, Cáceres dispõe de **338 leitos hospitalares**, o que equivale a **43,33% de todos os leitos disponíveis na Macrorregião Oeste** e **63,41% dos leitos da Região Oeste**. Desses, **294 leitos estão credenciados ao SUS**, representando **45,73% do total de leitos SUS da Macrorregião Oeste** e **67,89% dos leitos SUS da Região Oeste**. Essa concentração de leitos faz com que Cáceres seja um pólo essencial para o atendimento hospitalar da população da região.

Os leitos da **Região Oeste** estão distribuídos entre diversas especialidades médicas, com destaque para a **Clínica Geral**, que concentra **244 leitos**, dos quais **210 são SUS**, sendo essa a especialidade com maior capacidade instalada. Em seguida, a **Cirurgia Geral** conta com **163 leitos**, sendo **152 credenciados ao SUS**, enquanto a **Pediatria Clínica** possui **90 leitos**, dos quais **79 são destinados ao SUS**. A estrutura hospitalar da região também oferece **65 leitos para Obstetrícia Clínica**, sendo **50 destinados ao SUS**, além de **61 leitos para Obstetrícia Cirúrgica**, dos quais **47 são SUS**.

Além dessas especialidades, a Macrorregião Oeste ainda dispõe de leitos voltados para áreas de alta complexidade, como **Neurocirurgia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia**, além de **Unidades de Isolamento, Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto e Pediátrica, Cardiologia e Ginecologia**. A distribuição desses leitos reforça a importância dos serviços hospitalares da região, especialmente para atendimentos emergenciais e de média e alta complexidade.

Os dados analisados demonstram que, apesar de uma concentração significativa de leitos em Cáceres, há uma variação na distribuição entre os municípios da macrorregião. A presença majoritária de leitos vinculados ao SUS

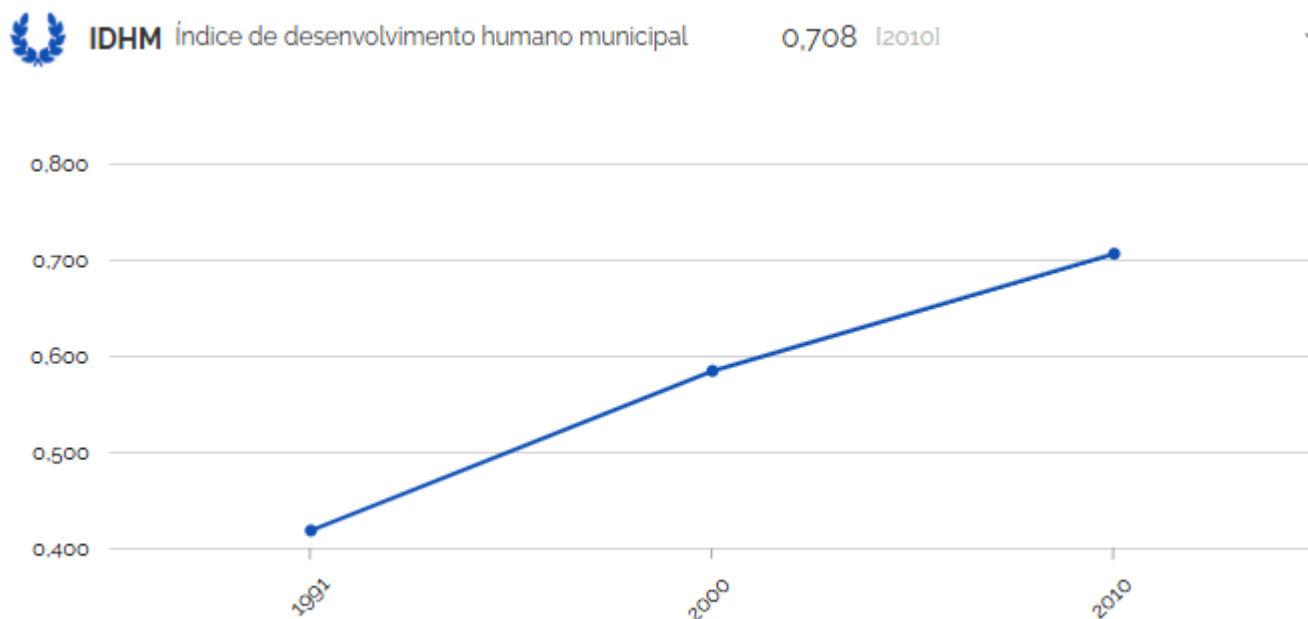
indica a relevância dos serviços públicos de saúde na oferta de assistência hospitalar à população, tornando essencial a manutenção e ampliação da infraestrutura para garantir acesso aos serviços de saúde e atendimentos de qualidade.

Município de Cáceres/MT

Cáceres é um município do estado brasileiro de Mato Grosso, localizado na Região Oeste do estado e contemplando a área do Alto Pantanal. O município faz fronteira com a Bolívia e é a principal cidade mato-grossense abrangida pelo Pantanal, com uma área territorial de 24.796,8 km² (IBGE 2000), está situada a 215 km da capital do Estado (Cuiabá). Apresenta perfil social de autodeclaração dos habitantes das áreas rurais e urbanas sobre a sua identidade étnico-racial, incluindo 5 categorias: branca, preta, parda, indígena ou amarela (pessoas com ascendência ou origem asiática).

O município de Cáceres/MT, sede da região, apresenta IDHM de Cáceres é de 0,71, o que é considerado alto, conforme demonstrado em Figura infra.

Figura 04. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), Município Cáceres, Região de Saúde Oeste, Macrorregião Oeste, Mato Grosso.



Fonte: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mt/caceres.html>

O Índice de Gini varia de zero a um, o valor zero representa a situação de igualdade (todos possuem a mesma renda), já o valor um é o oposto (uma só pessoa possui toda a riqueza). O índice Gini de Cáceres é de 0,53, vide a Figura infra.

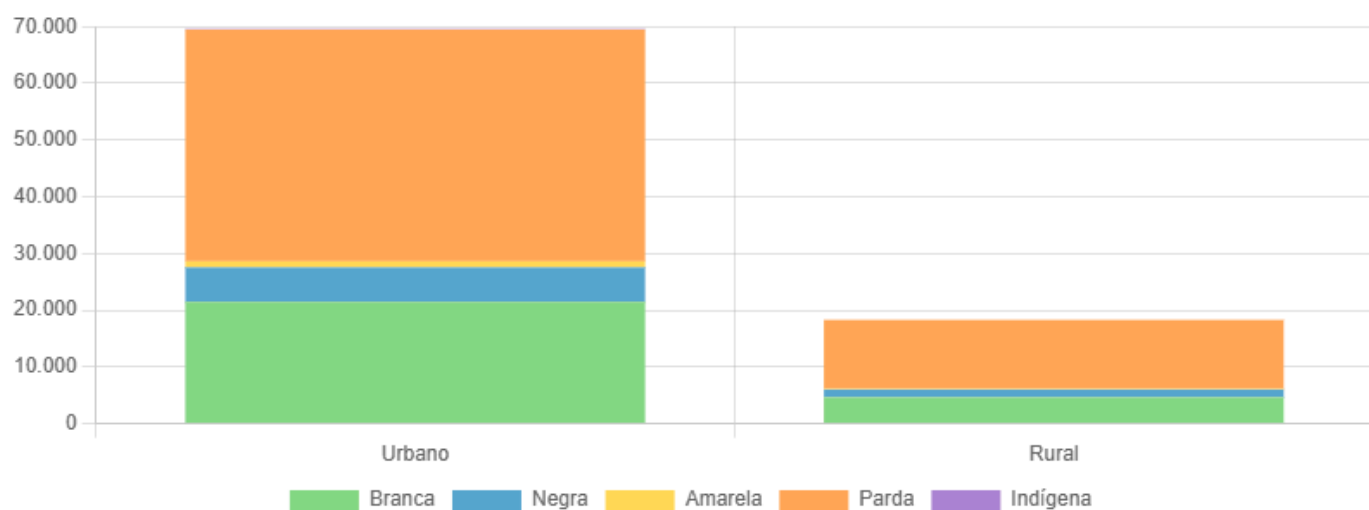
Figura 05. Índice de Gini do Município de Cáceres, Região de Saúde Oeste, Macrorregião Oeste, Mato Grosso.



Fonte: dados acessados e disponíveis no link <https://infosanbas.org.br/municipio/caceres-mt/>

Na Figura infra, as duas barras apresentam as áreas urbanas e rurais, divididas em cores que representam o número de pessoas que corresponde às classificações de raça/cor definidas pelo IBGE.

Figura 06. Número de pessoas que corresponde às classificações de raça/cor definidas pelo IBGE, Município Cáceres, Região de Saúde Oeste, Macrorregião Oeste, Mato Grosso.



Fonte: Censo - IBGE (2010)

Fonte: <https://infosanbas.org.br/municipio/caceres-mt/#indicadores>

Figura 07. Número de pessoas que corresponde às classificações de raça/cor definidas pelo IBGE, Município Cáceres, Região de Saúde Oeste, Macrorregião Oeste, Mato Grosso.

Raça/Cor	Urbano	Rural
Branca	21.467	4.658
Negra	6.080	1.345
Amarela	1.062	138
Parda	40.855	12.157
Indígena	126	6
Total	69.590	18.304

Fonte: [Censo - IBGE \(2010\)](#)

Fonte: <https://infosanbas.org.br/municipio/caceres-mt/#indicadores>

Os dados públicos registram, no município de Cáceres, 7 (sete) quilombos certificados pela Fundação Cultural Palmares, 1 (uma) terra indígena e 21 (vinte e uma) áreas de assentamentos de reforma agrária. Contudo, é possível que haja outras terras quilombolas ou indígenas não demarcadas.

A Fundação Cultural Palmares e Funai são órgãos brasileiros responsáveis por homologar as terras quilombolas e indígenas, respectivamente. No entanto, comunidades quilombolas ainda lutam pelo direito de ter suas terras, ao passo que diversos territórios são reivindicados por indígenas, mas ainda não foram demarcados oficialmente.

No Brasil, conforme o Decreto Federal nº 8.750/2016, existem diferentes segmentos de povos e comunidades tradicionais no território nacional. Contudo, devido à indisponibilidade de plataformas de dados abertos, a informação pública dispõe de dados somente sobre a existência de povos indígenas e comunidades quilombolas nos municípios brasileiros. Assim, pode existir povos e comunidades tradicionais no município que não estão apresentados ou registrados.

Tabela 03. População Estimada por Sexo e Faixa Etária, Município Cáceres, Região de Saúde Oeste, Macrorregião Oeste, Mato Grosso.

FAIXA ETÁRIA	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	3441	3170	6611
5 a 9 anos	3439	3253	6692
10 a 14 anos	3428	3219	6647
15 a 19 anos	3638	3479	7117
20 a 29 anos	6585	6801	13386
30 a 39 anos	6365	6899	13264
40 a 49 anos	6255	6546	12801
50 a 59 anos	5009	5319	10328
60 a 69 anos	3603	3730	7333
70 a 79 anos	1877	1950	3827
80 anos e mais	722	926	1648

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/caceres/panorama>

Percebe-se que pela Estrutura Etária que a população se apresenta relativamente jovem, com uma proporção significativa de indivíduos na faixa etária entre 20 e 39 anos. No entanto, o índice de envelhecimento indica um

crescimento gradual da população idosa. E pela distribuição por Sexo, há um leve predomínio da população masculina, especialmente nas faixas etárias mais jovens.

Em 2022, a população era de 89.681 habitantes e a densidade demográfica era de 3,66 habitantes por quilômetro quadrado. Na comparação com outros municípios do estado, ficava nas posições 7 e 48 de 141. Já na comparação com municípios de todo o país, ficava nas posições 363 e 5098 de 5570.

Considerando o Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos/Ministério da Saúde do período de Janeiro a Dezembro de 2024 apresentando o quantitativo de 2.627 nascidos vivos na Macrorregião de Saúde Oeste, de acordo com dados extraídos e acesso ao link <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/nascidos-vivos/>; bem como a necessidade de realização dos Partos de Risco Habitual e de Gestação de Alta Risco (GAR), haja vista que dentre os fatores de risco, um dos que têm maior importância é a prematuridade anterior. Vários estudos mostram que o risco de prematuridade é de 10% em média.

Caso a mulher tenha um filho de termo, o risco de prematuridade na gestação seguinte é menor: 5%, e se ela tiver um pré-termo anterior, o risco aumentará para 15%. Caso a mulher tenha dois prematuros, o risco de prematuridade na terceira gravidez aumenta para 32%. Sendo assim, é fundamental encaminhar toda mulher que tenha um parto pré-termo para uma avaliação interpartal, de acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco (GAR)/2011 disponível no link:

<https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2019/08/MANUAL-DE-GESTA%C3%87%C3%83O-DE-ALTO-RISCO-2011.pdf>.

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES/MT tem o dever legal de promover a manutenção dos serviços de Assistência à Saúde aos pacientes/Usuários do SUS e o presente termo de referência tem por objetivo ofertar/disponibilizar Assistência Integral à Saúde aos pacientes/Usuários do SUS, no que tange especialmente à oferta/disponibilidade dos serviços hospitalares de Média e Alta Complexidade em Assistência em Gestação de Risco Habitual 14 municípios pactuados (Araputanga, Curvelândia, Glória D' Oeste, Porto Esperidião, Reserva do Cabaçal, São José dos Quatro Marcos, Indivaí, Lambari D' Oeste, Comodoro, Conquista D' Oeste, Figueirópolis D'Oeste, Nova Lacerda, Rondolândia, Vale do São Domingos) e de Gestação de Alto Risco (GAR), e integralidade da atenção de alta complexidade a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, neonatais e pediátricas.

No âmbito do Estado de Mato Grosso os Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) credenciados/habilitados junto ao Ministério da Saúde, estão sediados no município de Cuiabá, dentre eles o Hospital Geral (sob Dupla Gestão), o Hospital de Câncer de Mato Grosso (sob Gestão Estadual); sendo o serviço do Hospital Estadual Santa Casa (HESC) de Gestão Estadual ainda em processo de credenciamento e habilitação junto ao Ministério da Saúde; e no Município de Rondonópolis se tem a Santa Casa de Misericórdia (sob Gestão Municipal) também com credenciamento e habilitação junto ao Ministério da Saúde; e no Município de Sinop temos a entidade filantrópica Fundação de Saúde Comunitária de Sinop/Hospital Santo Antônio – FSCS/HSA sob Gestão Estadual com habilitação vigente junto ao Ministério da Saúde; e no município de Cáceres se tem o Hospital Regional de Cáceres Dr Antônio Fontes em processo de Credenciamento/ Habilitação, conforme os critérios estabelecidos pela legislação vigente, a saber: Portaria SAES/MS nº. 688, de 28 de Agosto de 2023, que altera a Portaria de Consolidação SAES/MS N°.1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na Alta Complexidade em Oncologia.

Em relação a Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), é cediço que o câncer é um importante problema de saúde pública no mundo, figurando como uma das principais causas de morte e, como consequência, uma das principais barreiras para o aumento da expectativa de vida em todo o mundo.

O impacto do câncer no mundo, em 2020, baseado nas estimativas do *Global Cancer Observatory (Globocan)*, elaboradas pela *International Agency for Research on Cancer (Iarc)*, aponta que ocorreram 19,3 milhões de casos novos de câncer no mundo (18,1 milhões, se forem excluídos os casos de câncer de pele não melanoma). Na maioria dos países o câncer é a primeira ou segunda causa de morte prematura, antes dos 70 anos, (Estimativa 2023 – Incidência de Câncer no Brasil).

No Brasil para o triênio de 2023 a 2025 aponta que ocorrerão 704 mil casos novos de câncer, 483 mil se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma. Em Mato Grosso, as estimativas são de 8.650 casos, com taxa ajustada de 185,61 (homens) e 169,63 (mulheres), todas as neoplasias exceto pele não melanoma, conforme dados extraídos que demonstra o número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária para o Estado de Mato Grosso, disponível no *link*:

<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/estado-capital/mato-grosso>.

No município de Cáceres está localizado as maiores referências da Macrorregião de Saúde Oeste, **UNIDADE I:** Hospital Regional Dr Antônio Fontes CNES 2534460, e **UNIDADE II:** Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I CNES 2395037, ambos sob Gestão Estadual, na Macrorregião Oeste, que inclui as Regiões Oeste e Sudoeste Mato-grossense, abrangendo 22 municípios com 350.476 habitantes, distribuídos na Região Sudoeste com 201.091 habitantes, e Região Oeste com 149.385 habitantes. (Censo IBGE/2022 + Assentados - IBGE/INCRA/2017). O número de população total da macrorregião Oeste corresponde a 15,6% do total dos 142 municípios do estado.

1.2. Descrição da realidade hospitalar atual

O Hospital Regional Dr. Antônio Fontes desempenha suas atividades em duas Unidades Hospitalares distintas, como segue:

- **UNIDADE I:** Hospital Regional Dr Antônio Fontes, sob Gestão Estadual CNES 2534460, caracterizado como hospital geral referência como Unidade de Assistência em Atenção Oncológica de Alta Complexidade (UNACON) em processo de credenciamento/habilitação junto ao Ministério da Saúde; Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia; Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia; Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência, com procedimentos da Cardiologia Intervencionista/ Hemodinâmica, serviço de assistência ao portador de doença renal crônica e agudizado com leitos de retaguarda hospitalar, serviços de unidade de terapia intensiva e cuidados progressivos UTI Adulto Tipo II, e unidade de cuidados intermediários adulto.

Quanto à referência: referência de média e alta complexidade, para 22 municípios da Macrorregião Oeste e população da fronteira com a Bolívia, nas especialidades: Ortopedia, Neurologia, Cardiologia e Oncologia, bem como retaguarda em Terapia Renal.

- **UNIDADE II:** Hospital Regional Dr. Antônio Fontes ANEXO I, sob Gestão Estadual inscrito no CNES 2395037, caracterizado como hospital geral habilitado como Hospital Amigo da Criança, sendo referência como Unidade de Assistência de Alta Complexidade de Gestação de Alto Risco (GAR) com Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), tipo II e Unidades de Cuidados Intermediários com 2 (duas) tipologias: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa); e como Referência no atendimento como Serviço de Urgência e Emergência em pediatria, com Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica (até 21 anos de idade) (Referenciado e regulado), com Serviço de Cirurgia Geral Pediátrica, Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica- UTI-ped Tipo II e Unidade de Cuidado Intermediário Pediátrica - UCI-ped.

Quanto à referência: referência regional/macrorregional de Média e Alta Complexidade em Assistência em Assistência voltada à rede do Cuidado Materno-Infantil, Assistência em Gestação de Risco Habitual (14 municípios pactuados: Araputanga, Curvelândia, Glória D' Oeste, Porto Esperidião, Reserva do Cabaçal, São José dos Quatro Marcos, Indiavaí, Lambari D' Oeste, Comodoro, Conquista D' Oeste, Figueirópolis D' Oeste, Nova Lacerda, Rondolândia, Vale do São Domingos) e de Gestação de Alto Risco (GAR), e integralidade da atenção de alta complexidade a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, neonatais e pediátricas, incluindo acompanhamento em Ambulatório de Estratégia *Follow-up*: acolhimento, humanização e cuidado qualificado aos bebês de risco.

1.2.1. Identificação das Unidades Hospitalares

UNIDADE I

- **Nome:** Hospital Regional Dr. Antônio Fontes
- **CNES** 2534460
- **Endereço:** Avenida Getúlio Vargas, Nº.1670, Bairro: Santa Izabel, Cáceres/MT, CEP:78210-514.
- **Tipo de Unidade:** é hospital geral considerado de médio porte, com capacidade instalada na projeção **150** leitos operacionais de internação, sendo:20 (vinte) Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva UTI Adulto Tipo II, 10 (dez) Leitos Complementares de Unidade de Cuidados Intermediários Adulto, 45 leitos de internação nas especialidades de clínica cirúrgica, 41 leitos de internação nas especialidades de clínica geral, leitos Modalidade Hospital Dia, leitos Sala de Estabilização (2).
- **Gestão Estadual** - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.
- **Funcionamento:** internação hospitalar e serviço de urgência/emergência regulado e referenciado 24 horas, 7 dias da semana, ininterruptamente, no mínimo, com atendimento ambulatorial de segunda a sexta-feira das 07 às 19 horas, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual /SES-MT.

UNIDADE II

- **Nome:** Hospital Regional Dr. Antônio Fontes ANEXO 1
- **CNES:** 2395037
- **Endereço:** Rua Padre Cassemiro, Nº.2790, Centro, Cáceres/MT, CEP: 78210-094.
- **Tipo de Unidade:** é hospital geral com capacidade instalada atual de **170** leitos operacionais de internação, sendo: 16 (dezesesseis) Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva Adulto - UTI-a, tipo II (incluindo serviço de Hemodiálise à beira-leito), 10 leitos complementares de Unidade de Cuidados Intermediários Adulto - UCI-a, 10 (dez) Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - UTI-ped, tipo II, 10 (dez) Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 15 Leitos Unid. de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo), 5 Unid. de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), 5 leitos complementares de isolamento e os demais 99 leitos distribuídos na internação clínica, cirúrgica e serviço de urgência e emergência.
- **Gestão Estadual** - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.
- **Funcionamento:** com serviço de internação e de urgência e emergência 24 horas, 7 dias da semana, ininterruptamente, no mínimo, com atendimento de atenção ambulatorial de segunda a sexta-feira das 07 às 19 horas, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual /SES-MT

1.2.2. Estrutura Física e infraestrutura UNIDADE I

A **UNIDADE I** possui uma infraestrutura hospitalar completa, distribuída conforme a seguinte estrutura:

- **Salas Cirúrgicas**
 - o 5 salas equipadas para procedimentos de média e alta complexidade
 - o 1 Sala de Cirurgia Ambulatorial
 - o 1 Sala de Recuperação com 5 leitos
- **Consultórios Ambulatoriais**
 - o 10 consultórios para atendimento especializado
- **Urgência e Emergência - Pronto Socorro**
 - o 2 Consultórios Médicos
 - o 1 Sala de Gesso
 - o 1 Sala de Repouso/Observação com 6 leitos de internação Feminino
 - o 1 Sala de Repouso/Observação com 9 leitos de internação Masculino
 - o 1 Sala de Atendimento a Paciente Crítico/Sala de Estabilização com 7 leitos

Salas equipadas com aparelhos de suporte avançado à vida.

- **Unidades de Internação**

- o **UTI (Unidade de Terapia Intensiva):** 20 leitos para pacientes críticos
- o **UCI (Unidade de Cuidados Intermediários):** 10 leitos para recuperação intensiva

- **Atendimentos Específicos**

- o Área exclusiva para oncologia
- o Serviço de hemodiálise à beira-leito

- **Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT)**

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO / FINALIDADE DIAGNÓSTICA
DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO (incluindo diagnóstico por teste rápido)
DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA / Coleta de Material por meio de PUNÇÃO/BÍÓPSIA (*)
Diagnóstico e procedimentos especiais em Hemoterapia
DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA (Broncoscopia (Broncofibroscopia) / COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA) / Cistoscopia e/ou Uretroscopia e/ou Uretroscopia/ Esofagogastroduodenoscopia (EDA) / Colonoscopia (Coloscopia) / Retossigmoidoscopia) (*)
DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC)
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA / EXAMES RADIOLÓGICOS (Radiografia e Mamografia) (*)
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA (Angiografia, Aortografia, Arteriografia)
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA E ECO Conv. / Doppler Colorido (com ou sem doppler) / Ultra-sonografias dos demais sistemas (*)
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES - Diagnóstico Cardiologia / Urologia/ Neurologia / Pneumologia / Otorrino

(*) PORTARIA SAES/MS nº 688, DE 28 DE AGOSTO DE 2023 Altera a Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia. PORTARIA GM/MS nº.189, DE 31 DE JANEIRO DE 2014 Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.

LEITOS HOSPITALARES - UNIDADE I

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
66 - UNIDADE ISOLAMENTO	5	5
75 - UTI ADULTO - TIPO II	16	6
78 - UTI PEDIÁTRICA - TIPO II	10	0
ESPEC - CIRURGICO		
03 - CIRURGIA GERAL	24	24
09 - NEUROCIRURGIA	3	3
12 - ONCOLOGIA	2	2
13 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	28	28
ESPEC - CLINICO		
33 - CLÍNICA GERAL	31	31
42 - NEUROLOGIA	7	7
44 - ONCOLOGIA	6	6
PEDIÁTRICO		
45 - PEDIATRIA CLINICA	32	32
TOTAL	164	-

Fonte: Projeção - SUPO/SES-MT - Visita Técnica in loco, 12 a 13/11/2024. Relatório SUPO/SES emitido em 29/11/2024.

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS UNIDADE I

Serviços Especializados		Característica
ATENÇÃO A DOENÇA RENAL AGUDIZADO	TRATAMENTO DIALÍTICO - HEMODIÁLISE - BEIRA LEITO (UTI)	PRÓPRIO
ATENÇÃO A DOENÇA RENAL CRÔNICA	TRATAMENTO DIALÍTICO - HEMODIÁLISE	PRÓPRIO
	TRATAMENTO DIALÍTICO - HEMODIÁLISE	PRÓPRIO
ATENÇÃO A SAÚDE AUDITIVA	ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA	PRÓPRIO
	DIAGNÓSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	PRÓPRIO
	IMPLANTE COCLEAR	PRÓPRIO
ATENÇÃO EM UROLOGIA	LITOTRIPSIA	PRÓPRIO
	UROLOGIA GERAL	PRÓPRIO
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL	PRÓPRIO
	SERVIÇO HOSPITALAR PARA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	PRÓPRIO
SERVIÇO DE REABILITAÇÃO	ATENÇÃO EM FONOAUDIOLÓGICA	PRÓPRIO
	REABILITAÇÃO AUDITIVA	PRÓPRIO
	ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS	PRÓPRIO
	NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO	PRÓPRIO
SERVIÇO DE ATENÇÃO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	COLUNA E NERVOS PERIFÉRICOS	PRÓPRIO
	TRATAMENTO ENDOVASCULAR	PRÓPRIO
	NEUROCIRURGIA VASCULAR E NERVOS PERIFÉRICOS	PRÓPRIO
	SERVIÇOS DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PRÓPRIO
SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVIÇOS DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGÊNCIA	PRÓPRIO
	HEMATOLOGIA	PRÓPRIO
SERVIÇO DE ONCOLOGIA	ONCOLOGIA CIRÚRGICA	PRÓPRIO
	ONCOLOGIA CIRÚRGICA EM ORTOPEDIA	PRÓPRIO
	ONCOLOGIA CLÍNICA	PRÓPRIO
	ONCOLOGIA CIRÚRGICA EM ORTOPEDIA	PRÓPRIO
	ANGIOLOGIA	PRÓPRIO
SERVIÇO DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	ELETROFISIOLOGIA	PRÓPRIO
	CIRURGIA VASCULAR	PRÓPRIO
	CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA (HEMODINÂMICA)	PRÓPRIO
	CARDIOLOGIA CLÍNICA	PRÓPRIO
	CIRURGIA CARDIOVASCULAR	PRÓPRIO
	FÍSTULA ARTERIOVENOSA SEM ENXERTO	PRÓPRIO
SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR	FÍSTULA ARTERIOVENOSA COM ENXERTO	PRÓPRIO
	UCI- UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS - ADULTO	PRÓPRIO
SERVIÇO DE TERAPIA INTENSIVA	UTI - ADULTO	PRÓPRIO
	UTI CORONARIANA - UCO	PRÓPRIO
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS	PRÓPRIO
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLÓGICOS	PRÓPRIO
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES BIOQUÍMICOS	PRÓPRIO
	EXAMES COPROLÓGICOS	PRÓPRIO
	EXAMES DE UROANÁLISE	PRÓPRIO
	EXAMES EM OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	PRÓPRIO
	EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA	PRÓPRIO
	EXAMES HORMONAIS	PRÓPRIO

	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	PRÓPRIO
	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	PRÓPRIO
	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	PRÓPRIO
	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	PRÓPRIO
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	PRÓPRIO
	DO APARELHO RESPIRATÓRIO	PRÓPRIO
	DO APARELHO URINÁRIO	PRÓPRIO
SERVIÇO DE FARMÁCIA	FARMACIA HOSPITALAR	PRÓPRIO
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCIONAL	PRÓPRIO
	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM OFTALMOLOGIA	PRÓPRIO
	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	PRÓPRIO
	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELÉTICO	PRÓPRIO
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	PRÓPRIO
	MEDICINA TRANSFUSIONAL	PRÓPRIO
	PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENÇÃO DO SANGUE PARA FINS DE ASSISTÊNCIA	PRÓPRIO
SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISÃO	PRÓPRIO
	TRATAMENTO CLÍNICO DO APARELHO DA VISÃO	PRÓPRIO
SERVIÇO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	PRÓPRIO
	ENTERAL PARENTERAL	PRÓPRIO
SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO	PRÓPRIO
	PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO	PRÓPRIO
SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	PRÓPRIO
TRANSPLANTE	AÇÕES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	PRÓPRIO
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	PRÓPRIO
	MAMOGRAFIA	PRÓPRIO
	RADIOLOGIA	PRÓPRIO

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/infGerais/5102502534460>, comp.Outubro/2024.

SERVIÇOS REALIZADOS NO BLOCO CIRÚRGICO UNIDADE I

Serviços de cirurgias com internação em clínica cirúrgica - por serviço/ Especialidade

Cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa
 Cirurgia de tireoide e paratireoide
 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico
 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço
 Cirurgia do aparelho da visão
 Cirurgia do aparelho circulatório
 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal
 Cirurgia do sistema osteomuscular
 Cirurgia do aparelho geniturinário
 Cirurgia Torácica
 Cirurgia reparadora
 Cirurgia Bucomaxilofacial
 Cirurgias - Procedimentos cirúrgicos gerais
 Cirurgia Oncológica (*)

(*) PORTARIA SAES/MS Nº 688, DE 28 DE AGOSTO DE 2023 Altera a Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia. PORTARIA GM/MS Nº.189, DE 31 DE JANEIRO DE 2014 Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o

Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.

EQUIPAMENTOS UNIDADE I

Equipamento	Existente	Em Uso	SUS
<u>EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM</u>			
MAMOGRAFO COMPUTADORIZADO	2	1	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	2	0	SIM
Raio X mais de 500mA	1	1	SIM
Tomógrafo Computadorizado	1	1	SIM
Ultrassom Ecografo	4	4	SIM
<u>EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA</u>			
AR CONDICIONADO	223	223	SIM
CÂMARA FRIGORÍFICA	3	3	SIM
CÂMARA PARA CONSERVAÇÃO DE HEMODERIVADOS/IMUNO/TERMOLÁBEIS	9	9	SIM
Grupo Gerador	2	2	SIM
REFRIGERADOR	42	42	SIM
<u>EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA</u>			
Amalgamador	1	1	SIM
Caneta de Alta Rotação	1	1	SIM
Caneta de Baixa Rotação	1	1	SIM
Compressor Odontológico	1	1	SIM
Equipo Odontológico	1	1	SIM
<u>EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA</u>			
Berço Aquecido	2	2	SIM
Bomba de Infusão	140	126	SIM
Desfibrilador	19	17	SIM
Equipamento de Fototerapia	7	2	SIM
Marcapasso Temporário	3	3	SIM
Monitor de ECG	26	26	SIM
Monitor de Pressao Invasivo	44	42	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	3	3	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	10	10	SIM
Respirador/Ventilador	50	49	SIM
<u>EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS</u>			
Eletrocardiografo	4	4	SIM
Eletroencefalografo	1	1	SIM
<u>EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS</u>			
BIOMICROSCÓPIO (LÂMPADA DE FENDA)	2	2	SIM
CADEIRA OFTALMOLÓGICA	1	1	SIM
Endoscopia Digestivo	3	3	SIM
Endoscopia das Vias Respiratórias	1	1	SIM
Endoscopia das Vias Urinárias	1	1	SIM
Laparoscopia/Vídeo	8	8	SIM
Microscópio Cirúrgico	3	3	SIM
OFTALMOSCÓPIO	1	1	SIM
RETINOSCÓPIO	1	1	SIM
<u>OUTROS EQUIPAMENTOS</u>			

Equipamento para Hemodiálise	2	2	SIM
VEÍCULO PICK-UP CABINE DUPLA 4X4 (DIESEL)	2	2	SIM
VEÍCULO UTILITÁRIO (TIPO FURGÃO)	2	2	SIM

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/infGerais/5102502534460>, comp.Outubro/2024 e Visita Técnica SUPO/SES-MT in loco, 12 a 13/11/2024.

SERVIÇOS DE APOIO UNIDADE I

Serviço	Característica
AMBULÂNCIA	PRÓPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO
FARMÁCIA	PRÓPRIO
LACTÁRIO	TERCEIRIZADO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTÉRIO	PRÓPRIO
NUTRICAÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuário de Paciente)	PRÓPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PRÓPRIO
SERVICO SOCIAL	PRÓPRIO

Fonte: Visita Técnica in loco, 12 a 13/11/2024.

HABILITAÇÕES UNIDADE I

Habilitações ativas junto ao Ministério da Saúde

Código	Descrição	Origem	Comp. inicial	PT	Data PT	Leitos SUS	Data do Lança/to	Data da Atualização
0506	TRATAMENTO DO GLAUCOMA COM MEDICAMENTOS NO ÂMBITO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OFTALMOLÓGICA	Nacional	04/13	GM 419	23/02/18	-	05/03/2018	15/04/2013
2601	UTI II ADULTO	Nacional	11/02	4535/GM/MS	21/12/22	6	23/12/2022	-
3202	LABORATÓRIO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DE ÚTERO - TIPO I	Nacional	09/14	GM/MS 2046/2014	02/01/14	-	17/09/2014	17/09/2014

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/habilitacao/5102502534460>.

A habilitação desses serviços de saúde é crucial porque garante o acesso da população a tratamentos e exames essenciais para a manutenção da saúde, contribui para a prevenção de doenças e para o diagnóstico precoce de condições graves, aumentando as chances de cura e reduzindo a mortalidade e permite que o SUS (Sistema Único de Saúde) ofereça uma gama completa de serviços à população, desde a atenção primária até a alta complexidade.

É importante destacar que a habilitação de serviços de saúde é um processo complexo que envolve diversos critérios técnicos e administrativos. A garantia da qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes são elementos fundamentais nesse processo.

O glaucoma é uma doença ocular crônica e progressiva que, se não tratada, pode levar à cegueira irreversível. A habilitação de serviços de saúde para o tratamento do glaucoma garante que os pacientes tenham acesso aos medicamentos necessários para controlar a doença e evitar a progressão da perda de visão. A Política Nacional de Atenção Oftalmológica busca ampliar o acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças oculares, incluindo o glaucoma. A habilitação de serviços para o tratamento do glaucoma contribui para esse objetivo.

A UTI (Unidade de Terapia Intensiva) é um local destinado a pacientes graves que necessitam de cuidados intensivos e monitoramento constante. Ressaltamos que as Unidades de Terapia Intensiva-UTIs são serviços de alta complexidade regulamentados por legislações específicas, sendo necessário estrutura física adequada com projeto

aprovado pela Vigilância Sanitária/VISA, equipamentos, materiais, equipe assistencial composta por um médico responsável técnico com título de especialista ou habilitação em medicina intensiva pediátrica, médicos plantonistas, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem em escala de plantão presencial nas 24 horas, a presença de fonoaudiólogo e psicólogo disponíveis para a unidade, recursos de apoio diagnóstico e acesso à especialistas à beira do leito.

A Habilitação de UTIs II Adulto garante que pacientes com condições de saúde complexas e risco de morte tenham acesso a um ambiente adequado e equipado para receber o tratamento necessário. A presença de UTIs II Adulto é fundamental para garantir a segurança e o suporte adequado a pacientes em estado crítico, como os que necessitam de ventilação mecânica, hemodiálise ou monitoramento hemodinâmico invasivo.

A Habilitação de Leitos de Unidade de Tratamento Intensivo - UTI Adulto considerou-se a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 que institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (Origem na Portaria nº 895/GM/MS de 31/03/2017);

Atualmente a Portaria de GM/MS nº 2.862, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2023, altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as Unidades de Terapia Intensiva - UTI e as Unidades de Cuidado Intermediário - UCI, destinadas ao cuidado progressivo do paciente crítico, grave ou de alto risco ou moderado no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

A presença de UTIs II Adulto é fundamental para garantir a segurança e o suporte adequado a pacientes em estado crítico, como os que necessitam de ventilação mecânica, hemodiálise ou monitoramento hemodinâmico invasivo.

O exame citopatológico do colo de útero (Papanicolau) é um exame preventivo fundamental para o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero. A habilitação de Laboratórios de Exames Citopatológicos do Colo de Útero - Tipo I garante que mulheres tenham acesso a esse exame preventivo, que pode detectar alterações nas células do colo do útero antes que se transformem em câncer. O diagnóstico precoce do câncer de colo de útero aumenta consideravelmente as chances de cura da doença.

Desta forma é necessário o cumprimento dos critérios e exigências para funcionamento de acordo com estabelecido e legislação que rege as habilitações já existentes.

PRODUÇÃO HOSPITALAR UNIDADE I

Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação - Mato Grosso				
Internações por Subgrupo proced. e Ano processamento				
Município: 510250 CÁ CERES				
Estabelecimento: 2534460 HOSPITAL REGIONAL DR ANTONIO FONTES				
Período:Jan/2022-Nov/2024				
Subgrupo proced.	2022	2023	2024	Total
0201 Coleta de material	19	10	6	35
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	320	348	308	976
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	2059	2178	1940	6177
0304 Tratamento em oncologia	195	208	182	585
0305 Tratamento em nefrologia	96	147	126	369
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	245	295	317	857
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	67	133	80	280
0402 Cirurgia de glândulas endócrinas	-	2	3	5
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	44	71	68	183
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	111	124	102	337
0405 Cirurgia do aparelho da visão	21	17	16	54
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	82	76	19	177
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	730	1123	485	2338
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	1445	1266	1162	3873
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	254	187	97	538
0410 Cirurgia de mama	34	27	26	87
0412 Cirurgia torácica	104	108	97	309
0413 Cirurgia reparadora	-	4	3	7

0414 Bucomaxilofacial	45	20	2	67
0415 Outras cirurgias	501	507	425	1433
Total	6372	6851	5464	18687

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), dados extraídos e disponíveis no link <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qimt.def>

Analisando a Produção Hospitalar da **UNIDADE I**, observamos que foi apresentado 18687 procedimentos, o qual revela um perfil de atendimento diversificado, com destaque para os procedimentos clínicos e cirúrgicos. Os tratamentos clínicos com 33% do total de procedimentos realizados, os procedimentos cirúrgicos apresentam com 67% do total de procedimentos, sendo as cirurgias do sistema osteomuscular cerca de 21% e do aparelho digestivo 21% se destacam, por apresentarem a maior parte dos procedimentos realizados. Como mencionado, isso sugere que o hospital atende a um perfil de pacientes com diversas necessidades clínicas e cirúrgicas, incluindo casos mais complexos como os oncológicos.

Quanto à evolução temporal dos procedimentos, é possível observar um aumento geral no número de procedimentos realizados ao longo do período 2022-2024, com algumas variações entre os diferentes subgrupos. Esse crescimento pode estar relacionado ao aumento da demanda por serviços de saúde na região, à melhoria do acesso aos serviços ou a outros fatores.

Esses dados podem estar relacionados com fatores determinantes como, perfil da população, capacidade instalada, políticas públicas e fatores sazonais. A compreensão desse contexto é fundamental para o planejamento e a gestão dos serviços de saúde, permitindo otimizar a utilização dos recursos e garantir a qualidade do atendimento aos pacientes.

PRODUÇÃO AMBULATORIAL UNIDADE I

Procedimentos ambulatoriais do SUS - por local de atendimento - Mato Grosso			
Atendimento por Subgrupo proced. e Ano processamento			
UNIDADE I: Hospital Regional Dr Antonio Fontes			
Período: Janeiro a Dezembro/2023 - Janeiro a Setembro/2024			
Sugbrupo	2023	2024	TOTAL
Consultas / atendimentos / Acompanhamentos	9.133	32.985	42.118
Diagnóstico em laboratório clínico	26.622	78.974	105.596
Diagnóstico por endoscopia	8	17	25
Diagnóstico por radiologia	1.740	11.062	12.802
Diagnóstico por ultrassonografia	436	1.524	1.960
Diagnóstico por tomografia	1.272	6.816	8.088
Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	122	0	122
Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	98	780	878
Coleta de material	2.529	2.955	5.484
Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	325	1.211	1.536
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	0	3	3
Terapias especializadas	0	1	1
Anestesiologia	1	0	1
Cirurgia do sistema osteomuscular	8	3	11
Cirurgia do aparelho circulatório	2	8	10
Hemoterapia	3.783	8.684	12.467
Métodos diagnósticos em especialidades	122	330	452
Total	46.201	145.353	191.554

Fonte: DW/COPISS/SPCA/SES-MT, acessado em 26.11.2024 pelo servidor John Lennon Lúcio de Moraes

A tabela apresenta a produção ambulatorial na **UNIDADE I** do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes, cobrindo o período de janeiro de 2023 a setembro de 2024. Observa-se um aumento significativo no número de procedimentos realizados em 2024 em comparação com 2023, especialmente nos diagnósticos por laboratório clínico e radiologia. Esse crescimento pode estar relacionado a diversos fatores, como aumento da população, maior acesso aos serviços de saúde ou melhorias na infraestrutura do hospital.

O número total de atendimentos de 2023 para 2024 apresentou crescimento de 214,5%, evidenciando um aumento na capacidade de atendimento ou maior demanda pelos serviços hospitalares ambulatoriais. Os exames

laboratoriais representam 50% de todos os atendimentos, sendo a categoria mais realizada. As consultas e acompanhamentos também tiveram um crescimento expressivo, com um aumento de 261% de 2023 para 2024. As pequenas cirurgias e procedimentos menores tiveram um aumento significativo, passando de 325 para 1.211 procedimentos (+272%). Os exames por imagem (radiologia e ultrassonografia) cresceram significativamente, apontando uma maior necessidade de diagnósticos precisos para tratamentos.

1.2.3. Estrutura Física e infraestrutura UNIDADE II

- **Salas Cirúrgicas e Obstétricas**
 - 5 salas cirúrgicas para procedimentos de média e alta complexidade
 - Centro Obstétrico com:
 - 2 salas de Parto Normal com 3 leitos
 - 1 sala de pré-parto com 3 leitos
 - Centro de Parto Normal intra-hospitalar com:
 - Quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto)
 - 2 leitos de internação
- **Atendimentos e Internações**
 - Clínica e cirúrgica de média e alta complexidade em Ginecologia e Obstetrícia
 - Leitos de Alojamento Conjunto
 - Leitos RN Patológico
 - Ambulatório de Atenção Especializada na Linha de Cuidado Materno-Infantil
 - Acompanhamento pré-natal de alto risco e complicações do puerpério
- **Urgência e Emergência**
 - 1 consultório médico
 - 1 Sala de Acolhimento com Classificação de Risco
 - 1 Sala de atendimento a paciente crítico/Sala de Estabilização com 1 leito
- **Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT)**

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO / FINALIDADE DIAGNÓSTICA
DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO (incluindo diagnóstico por teste rápido)
Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia / COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO/BÍÓPSIA /
DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA
(Broncoscopia (Broncofibroscopia) / Colangiopancreatografia retrógrada (via endoscópica)
/ Cistoscopia e/ou Uretroscopia e/ou Uretroscopia/ Esofagogastroduodenoscopia (EDA) / Colonoscopia (Coloscopia) / Retossigmoidoscopia
)
DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC)
DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral / RM do torax e membros superiores / RM do
abdomen, pelve e membros inferiores)
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA / EXAMES RADIOLÓGICOS
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA E ECO Conv. / Doppler Colorido (com ou sem doppler) / Ultra-sonografias dos demais sistemas)
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES - Diagnóstico em ginecologia-obstetrícia

- **Especialidades Atendidas**
 - Clínica geral pediátrica
 - Cirurgia geral pediátrica
 - Traumatologia/Ortopedia
 - Neurologia/Neurocirurgia
 - Tratamento de malformações congênitas e condições específicas do período perinatal e pediátrico
- **Ambulatório de Estratégia**
 - Acolhimento e humanização no atendimento a bebês de risco

- o Cuidado qualificado e acompanhamento especializado
- **Atendimento em Urgência e Emergência (SUS)**
 - o Casos ginecológicos e obstétricos
 - o Complicações do puerpério e período perinatal
 - o Atendimento pediátrico
- **Ambulatório de Especialidades**
 - o 3 consultórios médicos
 - o 1 consultório não médico
- **Atendimentos e Procedimentos**
 - o Procedimentos de média e alta complexidade
 - o Atendimentos ambulatoriais e internações nas especialidades:
 - Pediatria
 - Ginecologia
 - Obstetrícia
 - Cirurgia geral
- **Cirurgias e Planejamento Familiar**
 - o Cirurgias ginecológicas, obstétricas e pediátricas
 - o Planejamento familiar (laqueadura e vasectomia)
- **Referência em Gestação de Alto Risco (GAR)**
 - o Unidade de Assistência em Atenção à Gestação de Alto Risco de Alta Complexidade
 - o Em processo de credenciamento/habilitação junto ao Ministério da Saúde

LEITOS HOSPITALARES- UNIDADE II

Número de Leitos existentes SUS: 130 leitos (CNES - atualização nacional em 06/02/2025)

Hospitalar - Leitos		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
<u>COMPLEMENTAR</u>		
75 - UTI ADULTO - TIPO II	20	10
81 - UTI NEONATAL - TIPO II	10	0
<u>ESPEC - CIRURGICO</u>		
03 - CIRURGIA GERAL	28	28
<u>ESPEC - CLINICO</u>		
33 - CLÍNICA GERAL	30	30
<u>OBSTÉTRICO</u>		
10 - OBSTETRICA CIRURGICA	12	12
43 - OBSTETRICA CLINICA	24	24
<u>PEDIÁTRICO</u>		
68 - PEDIATRIA CIRURGICA	1	1
45 - PEDIATRIA CLINICA	5	5
TOTAL	130	-

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/5102502395037?comp=202411> .

EQUIPAMENTOS UNIDADE II

Equipamento	Existente	Em Uso	SUS
-------------	-----------	--------	-----

EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Raio X de 100 a 500 mA	2	2	SIM
Raio X mais de 500mA	2	2	SIM
Tomógrafo Computadorizado	1	1	SIM
Ressonância Magnética	1	0	SIM
Ultrassom Ecógrafo	1	1	SIM

EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA

Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	2	2	SIM
Grupo Gerador	3	3	SIM

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA

Berço Aquecido	6	6	SIM
Bomba de Infusão	80	70	SIM
Desfibrilador	6	3	SIM
Equipamento de Fototerapia	4	4	SIM
Incubadora	14	14	SIM
Marcapasso Temporário	2	2	SIM
Monitor de ECG	50	45	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	20	20	SIM
Respirador/Ventilador	24	21	SIM

EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS

Eletrocardiógrafo	6	6	SIM
-------------------	---	---	-----

EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS

Endoscópio Digestivo	1	1	SIM
Endoscópio das Vias Respiratórias	1	1	SIM
Endoscópio das Vias Urinárias	1	1	SIM
Laparoscópio/Vídeo	2	2	SIM
Microscópio Cirúrgico	1	1	SIM

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/equipamentos/5102502395037>

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS UNIDADE II

Código	Serviço	Característica
130	ATENCAO A DOENÇA RENAL CRÔNICA	PRÓPRIO
115	ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	PRÓPRIO
150	CIRURGIA VASCULAR	PRÓPRIO
170	COMISSÕES E COMITÊS	PRÓPRIO
110	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	PRÓPRIO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PRÓPRIO
105	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	PRÓPRIO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PRÓPRIO
122	SERVIÇO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PRÓPRIO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PRÓPRIO
125	SERVICO DE FARMACIA	PRÓPRIO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PRÓPRIO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PRÓPRIO
128	SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	PRÓPRIO
136	SERVIÇO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PRÓPRIO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRÓPRIO

140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRÓPRIO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRÓPRIO
149	TRANSPLANTE	PRÓPRIO

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/infGerais/5102502395037>, comp.Outubro/2024.

SERVIÇOS DE APOIO UNIDADE II

Serviço	Característica
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO
FARMÁCIA	PRÓPRIO
LACTÁRIO	TERCEIRIZADO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTÉRIO	PRÓPRIO
NUTRICAÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuário de Paciente)	PRÓPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PRÓPRIO
SERVICO SOCIAL	PRÓPRIO

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/infGerais/5102502395037>, comp.Outubro/2024.

HABILITAÇÕES UNIDADE II

Habilitações ativas junto ao Ministério da Saúde										
Código	Descrição			Origem	Comp. Inicial	PT	Data Portaria	Leito SUS	Data do Lança/to	Data da Atualização
1404	HOSPITAL	AMIGO	DA CRIANÇA	Nacional	12/13	SAS 1374	09/12/2013	-	20/01/2014	16/12/2013
1901	LAQUEADURA			Local	07/11	267	01/08/2011	0	28/09/2024	10/11/2024
1902	VASECTOMIA			Local	07/11	267	01/08/2011	0	28/09/2024	10/11/2024
2601	UTI II ADULTO			Nacional	07/99	SAS 110	09/04/2009	10	17/04/2009	-

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/habilitacao/5102502395037>, Comp. Outubro/2024.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é um programa da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) que visa promover o aleitamento materno e o cuidado integral à saúde da criança. A habilitação de um hospital como "Amigo da Criança" garante que ele siga os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno e ofereça um atendimento humanizado e de qualidade à mãe e ao bebê além disso Os hospitais "Amigos da Criança" contribuem para a redução da mortalidade infantil e para o desenvolvimento saudável das crianças.

A laqueadura (ligadura de trompas) e a vasectomia (ligadura dos canais deferentes) são métodos contraceptivos permanentes. A habilitação de serviços de saúde para realizar esses procedimentos garante que homens e mulheres tenham acesso a métodos contraceptivos seguros e eficazes, caso desejem.

Reforçamos quanto a importância das habilitações e garantia de assistência à saúde à população. O funcionamento de serviços de saúde de forma adequada assegura que a população tenha acesso a exames e tratamentos indispensáveis para preservar a saúde, auxiliando na prevenção de doenças e na identificação precoce de condições graves, o que eleva as chances de cura e diminui a taxa de mortalidade.

PRODUÇÃO HOSPITALAR UNIDADE II

Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação - Mato Grosso
Internações por Subgrupo proced. e Ano processamento
Município: 510250 CÁ CERES
Estabelecimento: 2395037 HOSPITAL REGIONAL DR ANTONIO FONTES ANEXO I
Período:Jan/2022-Nov/2024

Subgrupo proced.	2022	2023	2024	Total
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	41	51	32	124
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	1135	2056	2010	5201
0304 Tratamento em oncologia	6	11	6	23
0305 Tratamento em nefrologia	180	350	225	755
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	7	22	8	37
0310 Parto e nascimento	441	677	470	1588
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	325	10	1	336
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	7	24	28	59
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	6	4	1	11
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	542	24	41	607
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	33	23	12	68
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	393	798	338	1529
0410 Cirurgia de mama	2	-	1	3
0411 Cirurgia obstétrica	903	1529	1290	3722
0412 Cirurgia torácica	2	16	9	27
0413 Cirurgia reparadora	1	-	-	1
0415 Outras cirurgias	78	159	67	304
Total	4102	5754	4539	14395

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qimt.def>

Os dados de produção hospitalar do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes Unidade II de Cáceres, entre 2022 e 2024, mostram um total de 14.395 atendimentos distribuídos em diversas categorias de procedimentos. O maior volume foi registrado em Tratamentos clínicos (outras especialidades), com 5.221 atendimentos (36%), seguido por Cirurgias obstétricas 3.722 atendimentos (27%) nesta sequência vem as cirurgias do aparelho geniturinário 1529, com parto e nascimento 1588 perfazendo 11% cada procedimento.

Em relação à tendência ao longo dos anos, houve um aumento expressivo nos Tratamentos clínicos, que passaram de 1.135 casos em 2022 para 2.068 em 2023, mantendo-se elevado em 2024 com 2.010 casos. Às cirurgias obstétricas somadas ao parto e nascimento 6.809 procedimentos (38%) o qual indica maior atendimento às gestantes, que confere com a vocação da unidade hospitalar.

PRODUÇÃO AMBULATORIAL UNIDADE II

Procedimentos ambulatoriais do SUS - por local de atendimento - Mato Grosso

Atendimento por Subgrupo proced. e Ano processamento

UNIDADE II: Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I

Período: Janeiro a Dezembro/2023 - Janeiro a Setembro/2024

Sugbrupo	2023	2024	TOTAL
Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	12.023	50.795	62.818
Diagnóstico em laboratório clínico	16.616	14.995	31.611
Diagnóstico por radiologia	0	154	154
Diagnóstico por ultrassonografia	0	1.038	1038
Diagnóstico por tomografia	615	8.484	9.099
Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	0	12.858	12858
Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	348	870	1.218
Cirurgia do aparelho geniturinário	6	19	25
Métodos diagnósticos em especialidades	508	1.575	2.083
Total	30.116	90.788	120.904

Fonte: DW/COPISS/SPCA/SES-MT, acessado em 26.11.2024 pelo servidor John Lennon Lúcio de Moraes

Os atendimentos ambulatoriais da Unidade II foram avaliados no período de 2023 e 2024, registrando 120.904 atendimentos. As consultas/atendimentos/acompanhamentos representaram a maior parte dos atendimentos, concentrando 52% do total de atendimentos, evidenciando a alta demanda por acompanhamento clínico. Os diagnósticos laboratoriais representaram 26% dos atendimentos, demonstrando a importância da investigação diagnóstica para o planejamento terapêutico. É relevante destacar que todos os 12.858 procedimentos de

diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia foram concentrados em 2024, indicando um possível investimento e expansão dos serviços nesta unidade no último ano

2. Análise e a caracterização da comunidade beneficiária das atividades e a definição dos órgãos e das entidades públicos responsáveis pela supervisão e pelo financiamento da organização social

2.1 Descrição da comunidade beneficiária

O Hospital Regional Dr. Antônio Fontes (UNIDADE I e UNIDADE II) é referência de média e alta complexidade, para 22 municípios da Macrorregião Saúde Oeste incluindo população residente na fronteira com a Bolívia. Atende a duas regiões de saúde: Oeste Mato-grossense e Sudoeste Mato-grossense.

A Região Oeste Matogrossense é composta por 12 municípios, com uma população total de 199.060 habitantes, e inclui uma população indígena aldeada de 322 habitantes em Porto Esperidião. A região apresenta predominância da população urbana (78,82%), exceto em Porto Esperidião, onde a população rural é predominante (61,90%). Cáceres, o município mais populoso, apresenta extensa área alagável (Pantanal) e grande número de propriedades rurais, enquanto Porto Esperidião possui extensa área rural e faz fronteira com a Bolívia.

A Região Sudoeste Mato-grossense, por sua vez, é composta por 10 municípios e possui uma população total de 148.509 habitantes. A região apresenta um baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e enfrenta desafios como a pobreza, o desemprego e a desigualdade social, que impactam a saúde da população, com alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias, desnutrição infantil e mortalidade materna.

A localização do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes em uma região de fronteira, atendendo a duas regiões de saúde com características e desafios distintos, exige uma gestão eficiente e adaptada às necessidades locais, e a contratação de uma entidade parceira com expertise em gestão hospitalar e capacidade de atender às demandas específicas da população da Região Oeste e Sudoeste Mato-grossense pode contribuir para a melhoria da qualidade e do acesso aos serviços de saúde.

2.2 Definição dos Órgãos Supervisores e Financiadores

A supervisão da entidade parceira será realizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT) conforme preconizada nos artigos 14, 15, 16 e 18, Subseções I, II e III, Seção VI do Decreto 764 de fevereiro de 2024. O financiamento do parceiro privado será proveniente do Governo do Estado de Mato Grosso, por meio do Fundo Estadual de Saúde, e do Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde.

Quanto ao Monitoramento, Controle, Avaliação, Fiscalização e Gerenciamento do Contrato de Gestão:

- **Gestor do Contrato**

A gestão contratual compete ao agente público designado pelo Secretário de Estado de Saúde, devendo a nomeação ser publicada na imprensa oficial e recair sobre indivíduo com adequada qualificação e ocupante do cargo de Secretário Adjunto na Secretaria de Estado de Saúde, conforme as competências descritas nos Incisos I a XIII do Art.14, Subseção I, Seção VI do Decreto 764 de fevereiro de 2024.

- **Comissão de Fiscalização do Contrato de Gestão**

A execução do contrato de gestão será fiscalizada pela Secretaria de Estado de Saúde, nos termos da legislação, normativa e regulamentações adicionais nas quais serão estabelecidos os fluxos **complementares** de fiscalização dos contratos de gestão, sem prejuízo da ação institucional de fiscalização por parte dos demais órgãos de controle interno e externo, conforme competências descritas nos Incisos I a XVI do Art. 15 Subseção II Seção VI do Decreto 764 de fevereiro de 2024.

Para fins de acompanhamento, controle e fiscalização dos recursos transferidos pelo Estado ao parceiro privado, a Comissão de Fiscalização poderá, caso exista indícios de malversação de recursos públicos, requisitar junto à Secretaria de Estado de Fazenda cópia das notas fiscais eletrônicas emitidas pelas OSSs que possuam contrato de

gestão vigente, tanto na condição de emitente quanto de destinatárias, ocasião em que deverão ser adotadas todas as medidas para resguardar o sigilo das informações recebidas.

● **Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação do Contrato de Gestão**

A execução do contrato de gestão será monitorada, controlada e avaliada pela Secretaria de Estado de Saúde, nos termos de portaria do Secretário de Estado, no qual será estabelecido os fluxos complementares de monitoramento e avaliação dos contratos de gestão, sem prejuízo da ação institucional de fiscalização por parte dos demais órgãos de controle interno e externo,

A Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação realizará, sempre que possível, pesquisa de satisfação com os usuários dos serviços prestados em razão do contrato de gestão e utilizará os resultados como subsídio na avaliação da parceria celebrada e do cumprimento dos objetivos pactuados, bem como na reorientação e no ajuste das metas e atividades definidas.

O parceiro privado do contrato de gestão deverá, a cada três meses, remeter à Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação, conforme elencado abaixo:

- I. relatório pormenorizado acerca da execução do contrato de gestão, indicando as metas propostas e os resultados alcançados e a prestação de contas correspondente ao exercício financeiro;
- II. certidões negativas de débitos perante a Secretaria de Estado de Fazenda, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como a relação das demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe foram desfavoráveis e dos valores das respectivas condenações; e
- III. comprovação do cumprimento das obrigações trabalhistas e previdenciárias em relação aos empregados diretamente envolvidos na execução do contrato de gestão, em especial quanto aos itens citados abaixo:
 - a) registro de ponto;
 - b) recibo de pagamento de salários, adicionais, horas extras, repouso semanal remunerado e décimo terceiro salário;
 - c) comprovante de depósito do FGTS;
 - d) recibo de concessão e pagamento de férias e do respectivo adicional;
 - e) recibo quitação de obrigações trabalhistas e previdenciários dos empregados dispensados; e
 - f) recibo de pagamento de vale-transporte, vale-alimentação e outros benefícios trabalhistas, caso houver, na forma prevista em norma coletiva.

A Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação emitirá, a cada três meses, relatório técnico de monitoramento e avaliação do contrato de gestão e o submeterá ao Secretário de Estado de Saúde, que o homologará e o remeterá aos órgãos de controle interno e externo.

O relatório técnico de monitoramento e avaliação do contrato de gestão, sem prejuízo de outros elementos, deverá conter os pontos abaixo:

- I. análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos no contrato de gestão;
- II. descrição das atividades e metas estabelecidas para o período sob análise;
- III. valores efetivamente transferidos pela administração pública e valores comprovadamente utilizados;
- IV. quando for o caso, os custos indiretos, os remanejamentos efetuados, as sobras de recursos financeiros, e eventuais valores devolvidos aos cofres públicos;
- V. análise dos documentos comprobatórios apresentados pela organização da sociedade civil na prestação de contas;

- VI. análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias;
- VII. quando necessárias, propor alterações de metas quantitativas, qualitativas e financeiras.

- **Auditoria do Controle Interno**

A ação de Auditoria do Controle Interno será realizada pela Controladoria Geral do Estado- CGE/MT, conforme os Incisos I a II do Art.19 Subseção IV, Seção VI do Decreto 764 de fevereiro de 2024.

Para realizar auditorias periódicas nos Contratos de Gestão celebrados entre o Estado de Mato Grosso e as Organizações Sociais de Saúde, a Controladoria Geral do Estado poderá receber o apoio operacional da Auditoria Geral do Sistema Único de Saúde- AGSUS/SES-MT.

3. Objetivos em termos de melhoria para o cidadão na prestação dos serviços com a adoção do modelo de organização social

3.1. Objetivos em termos de melhoria para o cidadão

A implementação do modelo de gestão via Organização Social de Saúde (OSS) tem como meta central aprimorar substancialmente a prestação de serviços ao cidadão. Busca-se ir além da gestão interna, focando em resultados tangíveis para quem utiliza o sistema. Os objetivos incluem:

- 1 - Serviços mais ágeis: reduzir a espera e a burocracia no acesso a consultas, exames e tratamentos.
- 2 - Atendimento de maior qualidade: elevar os padrões de cuidado, segurança do paciente e efetividade dos tratamentos.
- 3 - Acesso facilitado: tornar os serviços de saúde mais disponíveis e convenientes para toda a população.

Essencialmente, o modelo OSS é adotado como uma ferramenta para tornar o serviço de saúde mais responsivo, eficiente e centrado nas necessidades do cidadão.

4. Demonstração, em termos do custo-benefício esperado, da absorção da atividade por organização social, em substituição à atuação direta do Estado, considerados os impactos esperados a curto, médio e longo prazo

4.1. Custo-benefício

Em um cenário de crescentes demandas por serviços de saúde pública e restrições orçamentárias, a gestão de unidades hospitalares por Organizações Sociais de Saúde (OSS) surge como uma alternativa estratégica para otimizar recursos, modernizar processos e melhorar a qualidade do atendimento, garantindo maior eficiência e resultados tangíveis para a população.

A gestão por OSS caracteriza-se por ser uma parceria público-privada estruturada por meio de um contrato de gestão que estabelece metas, indicadores de desempenho e eficiência. Esse modelo oferece maior flexibilidade administrativa, permitindo ajustes rápidos na força de trabalho e nos processos de aquisição, adaptando-se com agilidade às necessidades da unidade hospitalar.

Apresentamos uma análise comparativa entre os custos da gestão direta e indireta (via Organização Social de Saúde – OSS) para a administração de unidade hospitalar, considerando os dados em relação ao valor total custeio mensal de **R\$ 23.803.158,30**, conforme documento [SIGADOC n.º SES-CIN-2025/62197A/HRCAC/SES](#), que encaminha os Relatórios de Avaliação Financeira de análise de Custo/Despesa do Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres (Sede e Anexo I) **extraídos do Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS) da atual gestão direta (Estado) para o atendimento de 4.460 média pacientes/mensal e tempo médio de 4,7 dias. Em comparação, o valor total de custeio estimado mensal da gestão indireta (OSS) será de R\$ 18.582.906,17 (teto a ser repassado à OSS) mais o valor de R\$ 3.065.660,31 (servidores efetivos do Estado), totalizando R\$ 21.648.566,48, para o atendimento da mesma quantidade de pacientes/mês, com tempo médio de 3 a 4 dias.**

Descrevemos que o valor total custeio estimado mensal de R\$ 18.582.906,17 de gestão indireta (OSS) resultou do levantamento da série histórica de apresentação da produção ambulatorial e hospitalar do período de janeiro de 2020 a dezembro de 2024, apresentado pelo faturamento do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes (Sede e Anexo I) e extraídos do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), sendo que a composição do custeio dos serviços prestados, utilizando cálculo da estimativa de custeio operacional relacionado a linha de atendimento, com base na classificação dos procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e da Tabela SIGTAP/SUS <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>, como referência básica e aplicando um fator de ajuste (FA) para complementação de valores, que resulta em um acréscimo de 2 vezes o valor da Tabela SIGTAP/SUS, totalizando 3 vezes o valor para média e alta complexidade.

Para órtese, prótese e material especial (OPME), é acrescentado 0,5 vez o valor (art. 2º do Decreto n.º 1.083, de 10 de outubro de 2024), conforme elaboração da estimativa de custos, foram consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual (**ANEXO F do Plano de Trabalho - ESTIMATIVA DE CUSTEIO**) e demonstrado no ANEXO I - MEMÓRIA DE CÁLCULO DA ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL do Estudo Técnico, disponível por meio do [link](#):

https://docs.google.com/document/d/1AXU00tkFGJgD_L8kSJZHaH4Ea8ZPXly2/edit?usp=sharing&ouid=106036636803864343243&rtpof=true&sd=true

Considerando a metodologia utilizada e os cálculos realizados para a projeção de atendimentos, ações e serviços/atividades assistenciais, o custeio mensal estimado para a operacionalização do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes (**UNIDADE I**) é de **R\$ 11.661.780,97** (onze milhões, seiscentos e sessenta e um mil, setecentos e oitenta reais e noventa e sete centavos). Para o Hospital Regional Dr. Antônio Fontes ANEXO I (**UNIDADE II**), o custeio mensal estimado é de **R\$ 6.921.125,20** (seis milhões, novecentos e vinte e um mil, cento e vinte e cinco reais e vinte centavos). O valor total de custeio mensal estimado das duas unidades (**UNIDADE I e UNIDADE II**) é de **R\$ 18.582.906,17** (dezoito milhões, quinhentos e oitenta e dois mil, novecentos e seis reais e dezessete centavos).

Comparativo de custos operacionais

Gestão Direta (Administração Estadual):

- **Custeio mensal estimado:** R\$ 23.803.158,30
- **Atendimento mensal médio:** 4.460 pacientes
- **Tempo médio de permanência:** 4,7 dias

Gestão Indireta (OSS):

- **Custeio mensal estimado:** R\$ 18.582.906,17 (teto a ser repassado à OSS) + R\$ 3.065.660,31 (servidores efetivos do Estado), totalizando R\$ 21.648.566,48
- **Atendimento mensal médio:** 4.460 pacientes
- **Tempo médio de permanência:** 3 a 4 dias.

Economia estimada com gestão indireta: R\$ 2.154.591,82 mensais, equivalente a aproximadamente 9,1% de redução nos custos operacionais.

Quadro 04. Comparativo de custos operacionais entre gestão direta (Estado) e gestão indireta (OSS).

Indicador	Gestão Direta (Administração Estadual)	Gestão Indireta (OSS)
Custeio mensal estimado	R\$ 23.803.158,30	R\$ 21.648.566,48
Atendimento mensal médio	4.460 pacientes	4.460 pacientes
Tempo médio de permanência	4,7 dias	3 a 4 dias

Custo estimado por paciente	R\$ 5.337,03	R\$ 4.853,94
Taxa de ocupação de leitos	78,01%	Mínimo 85%
Economia mensal estimada	-	R\$ 2.154.591,82
Redução percentual de custos	-	Aproximadamente 9,1%

Análise dos Resultados

Eficiência econômica: A gestão indireta por meio de OSS apresenta uma economia mensal estimada de R\$ 2.154.591,82 em comparação à gestão direta, representando uma redução de aproximadamente 9,1% nos custos operacionais.

Custo por paciente: O custo estimado por paciente na gestão indireta é de R\$ 4.853,94, enquanto na gestão direta é de R\$ 5.337,03, evidenciando uma economia de R\$ 483,09 por paciente atendido.

Tempo médio de permanência: A gestão por OSS reduz o tempo médio de permanência dos pacientes para 3 a 4 dias, em comparação aos 4,7 dias na gestão direta, o que pode indicar maior eficiência nos processos assistenciais.

Taxa de ocupação de leitos: A gestão indireta atinge uma taxa mínima de ocupação de leitos de 85%, superior aos 78,01% observados na gestão direta, sugerindo melhor aproveitamento da capacidade instalada.

Eficiência e Produtividade

Estudos indicam que unidades de saúde geridas por OSS apresentam maior eficiência operacional. Por exemplo, uma análise com 808 hospitais demonstrou que a gestão por OSS é 8,4% mais eficaz que a administração direta, atribuindo-se essa eficiência à maior autonomia administrativa e gerencial, regras de recrutamento de recursos humanos mais flexíveis e mecanismos de contratação mais ágeis.

Além disso, a gestão por OSS permite maior flexibilidade na contratação de profissionais e aquisição de insumos, o que pode contribuir para a redução do tempo médio de permanência dos pacientes e, consequentemente, para a otimização dos recursos disponíveis, haja vista que a gestão por OSS se distingue pelo foco em resultados, permitindo a adoção de práticas modernas e inovadoras que elevam a eficiência operacional e a qualidade do atendimento à população. Com maior agilidade para implementar melhorias contínuas nos serviços, a OSS consegue atender de forma mais eficaz aos rigorosos critérios exigidos para obter certificações de qualidade, como a ONA por exemplo, garantindo a excelência na prestação dos serviços de saúde.

A análise comparativa evidencia que a gestão indireta por meio de OSS apresenta vantagens significativas em termos de redução de custos operacionais e aumento da eficiência na prestação de serviços de saúde. A economia mensal estimada de R\$ 2,15 milhões, aliada à redução no tempo médio de permanência dos pacientes, sugere que a adoção do modelo de gestão por OSS pode resultar em benefícios tanto financeiros quanto na qualidade do atendimento prestado à população.

Insta salientar, que a implementação desse modelo deve ser acompanhada de mecanismos eficazes de controle e fiscalização para assegurar a transparência e a qualidade dos serviços prestados.

Além disso, a gestão por OSS se distingue pelo foco em resultados, permitindo a adoção de práticas modernas e inovadoras que elevam a eficiência operacional e a qualidade do atendimento à população. Com maior agilidade para implementar melhorias contínuas nos serviços, a OSS consegue atender de forma mais eficaz aos rigorosos critérios exigidos para obter certificações de qualidade, como a ONA por exemplo, garantindo a excelência na prestação dos serviços de saúde.

Neste sentido, vale destacar o atual reconhecimento, realizado pelo Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (IBROSS), em parceria com a OPAS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde), com o Instituto Ética Saúde

(IES) e com a ONA (Organização Nacional de Acreditação), do Ranking dos Melhores Hospitais Públicos do Brasil, com as instituições hospitalares do SUS consideradas mais eficientes, bem avaliadas pelos usuários e que se destacam pela qualidade e pela segurança proporcionada aos pacientes, no qual, dentre as 40 (quarenta) unidades hospitalares destaques, 34 (trinta e quatro) estão sob gestão de Organizações Sociais de Saúde (OSS).

A gestão de unidades hospitalares por Organizações Sociais de Saúde (OSS) oferece benefícios significativos ao promover maior eficiência operacional, redução de custos e melhoria contínua na qualidade do atendimento, adaptando-se de forma ágil às necessidades da população e garantindo resultados sustentáveis ao longo do tempo. Dentre os impactos e benefícios esperados estão os relacionados a seguir.

4.2 Impactos esperados

- **Curto prazo (0 a 12 meses):**

- o Maior agilidade nos processos administrativos, como compras e contratações.
- o Aumento imediato na disponibilidade de insumos, ações e serviços/ atividades assistenciais.
- o Início da implementação de práticas gerenciais mais dinâmicas e eficientes.

- **Médio prazo (12 a 24 meses):**

- o Redução significativa dos custos operacionais, com otimização de recursos humanos e materiais.
- o Melhoria perceptível na qualidade do atendimento, refletida em indicadores de saúde e satisfação dos usuários.
- o Maior previsibilidade orçamentária e controle financeiro, com gastos mais eficientes.

- **Longo prazo (36 meses):**

- o Consolidação de um modelo de gestão sustentável e eficiente.
- o Redução estrutural nos custos globais de operação hospitalar.

Melhoria contínua na qualidade dos serviços, com impacto direto na saúde da população e no desempenho do sistema público de saúde.

A gestão por entidade parceira oferece um custo-benefício significativo em comparação com a gestão direta pelo Estado, com maior flexibilidade administrativa, foco em resultados, agilidade na implementação de melhorias e capacidade de adaptação às necessidades da unidade hospitalar.

4.2.1. Comparativo entre a gestão pela entidade parceira e a gestão direta pelo Estado

Considerando os subsídios técnicos para a tomada de decisão quanto ao modelo de gestão mais adequado para as unidades de saúde em questão, apresentamos uma análise comparativa entre os modelos de gestão direta (pelo Estado) e indireta (por meio de Organização Social de Saúde - OSS), **com foco nos indicadores de custo por paciente, de tempo médio de internação e taxa de ocupação de leitos apresentada na atual gestão direta (Estado) em torno de 78,01% e com relação gestão indireta (OSS) de no mínimo 85% conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Hospitalar-PNHOSP (origem: Portaria n.º 3.390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013), e com base no quantitativo estimado de 4.460 média pacientes/mensal e o comparativo dos custos operacionais supracitados, conjuntamente com o tempo médio de internação apresentada pela atual gestão direta (Estado) em torno de 4,7 dias conforme dados extraídos do da série histórica de janeiro de 2024 a dezembro de 2024 pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), e considerando “Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde”, publicados em 2017 pelo Ministério da Saúde, a melhor estimativa do tempo médio de permanência hospitalar seria aquela que fosse estratificado de acordo com o tipo de pacientes por especialidade, que preconizam o tempo médio de 3 a 4 dias, como segue demonstrado na tabela infra:**

Indicador	Gestão indireta	Gestão Direta pelo Estado
-----------	-----------------	---------------------------

	(OSS)	
Estimativa de custo por paciente	R\$ 4.853,94	R\$ 5.337,03
Tempo médio de internação	3 a 4 dias	4,7 dias
Taxa de ocupação de leitos	Mínimo 85%	78,01%

Análise dos Resultados

Eficiência Econômica: A gestão por OSS apresenta um custo por paciente de R\$ 4.853,94, aproximadamente 9,1% inferior ao da gestão direta (R\$ 5.337,03), indicando maior eficiência na alocação de recursos.

Tempo de Internação: A redução no tempo médio de internação sob gestão por OSS de 3 a 4 dias, sugere processos assistenciais mais eficazes e maior rotatividade de leitos, o que pode contribuir para a redução de custos e melhoria no atendimento.

Taxa de Ocupação de Leitos: A taxa de ocupação de leitos na gestão por OSS atinge o mínimo de 85%, alinhando-se às metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Já a gestão direta apresenta uma taxa de 78,01%, indicando menor aproveitamento da capacidade instalada.

Os dados apresentados evidenciam que a gestão por OSS proporciona maior eficiência operacional e econômica, com custos reduzidos por paciente, menor tempo de internação e melhor utilização dos leitos hospitalares.

É importante ressaltar que a adoção do modelo de gestão por OSS deve ser acompanhada de mecanismos eficazes de controle e fiscalização para assegurar a transparência e a qualidade dos serviços prestados.

Ademais, é primordial destacar que a gestão estadual de uma unidade hospitalar própria enfrenta desafios constantes que comprometem a eficiência operacional e a qualidade dos serviços prestados, exigindo soluções que superem as limitações estruturais e administrativas inerentes ao modelo de gestão direta como:

- **Rigidez administrativa:** Dificuldade em realizar ajustes rápidos na força de trabalho e nos processos operacionais devido às limitações impostas pelo regime jurídico estatutário ou CLT.
- **Excesso de burocracia:** Procedimentos administrativos complexos, como licitações e aquisições, atrasam a obtenção de insumos e equipamentos essenciais.
- **Custo elevado:** Encargos trabalhistas, previdenciários e administrativos tornam o modelo mais oneroso e menos eficiente financeiramente.
- **Falta de flexibilidade orçamentária:** Dificuldade em realocar recursos de forma ágil para atender a demandas emergenciais ou específicas.
- **Dificuldade em implementar inovações:** A lentidão nos processos internos limita a adoção de tecnologias modernas e práticas inovadoras de gestão.
- **Gestão centralizada:** O controle direto pelo Estado dificulta a autonomia da unidade para responder às necessidades locais e regionais.
- **Baixa previsibilidade operacional:** As limitações administrativas comprometem o planejamento estratégico e a capacidade de adaptação às variações de demanda no atendimento.

- **Impacto na qualidade do atendimento:** A combinação desses desafios pode levar a atrasos nos serviços, redução na satisfação dos usuários e sobrecarga nas equipes de saúde.

Aliado aos habituais desafios, o Hospital Regional de Dr Antônio Fontes Cáceres enfrenta desafios únicos decorrentes de sua localização em uma região de fronteira. Essa condição impõe características socioeconômicas e geográficas específicas que amplificam as dificuldades da assistência hospitalar. Regiões de fronteira, frequentemente, atendem tanto à população local quanto a cidadãos de países vizinhos, resultando em uma demanda significativamente elevada por serviços de saúde.

No entanto, a infraestrutura e os recursos limitados de muitas unidades hospitalares tornam o atendimento adequado a essa alta demanda um desafio constante. Além disso, a dificuldade em atrair e reter profissionais capacitados, como médicos e enfermeiros, é um problema recorrente nessas regiões, em grande parte devido às condições de trabalho menos atraentes e à infraestrutura deficiente.

A falta de integração entre os sistemas de saúde dos países vizinhos agrava essa situação, tornando o acompanhamento de tratamentos e registros de saúde mais complicado. Por fim, a gestão dessas unidades hospitalares depende fortemente de políticas públicas estaduais e federais para alocação de recursos e implementação de estratégias adequadas às demandas locais. No caso do Hospital Regional Dr Antonio Fontes de Cáceres, a proximidade com a fronteira Brasil-Bolívia amplifica esses desafios, como a necessidade de atender emergências de cidadãos bolivianos sem compensações e/ou pactuações definidas entre os sistemas de saúde dos dois países.

Diante das dificuldades históricas enfrentadas pela administração do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes de Cáceres, o Estado de Mato Grosso, por meio do Decreto n.º 1.320, de 28 de março de 2022, procedeu à requisição administrativa do Hospital São Luiz – Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, inscrito no CNES nº 2395037. A unidade requisitada passou a integrar a estrutura do Hospital Regional como Anexo I, incorporando-se funcionalmente ao sistema estadual de saúde, ressaltando-se que os encargos decorrentes da referida requisição, notadamente aqueles relacionados à indenização devida, recaem integralmente sobre o Estado, nos termos da legislação aplicável.

Naquele momento a unidade Hospital São Luiz enfrentava inúmeros problemas quanto ao atendimento dos serviços contratualizados junto ao Estado, bem como na prestação dos serviços de saúde em conformidade com as metas quantitativas e qualitativas.

Desde então, a gestão estadual junto com o Hospital Regional de Cáceres, já com a unidade requisitada incorporada, vem buscando a estruturação das duas unidades, bem como a melhoria da assistência à saúde da população desta região, porém ainda assim, tem apresentado desafios na gestão direta das unidades, como déficits operacionais, falta de otimização de recursos e dificuldades no cumprimento de metas assistenciais.

Por fim, o gerenciamento e execução operacional do Hospital Regional Dr Antônio Fontes de Cáceres (Unidade I e II) por uma Organização Social de Saúde (OSS) apresenta um custo-benefício significativo em comparação com a gestão direta pelo Estado. Ao transferir a administração para uma OSS, a unidade hospitalar ganha em flexibilidade, agilidade e eficiência.

4.2.2. Comparativo da estimativa de custos operacionais global entre a gestão pela entidade parceira e a gestão direta pelo Estado

Em análise comparativa dos custos operacionais por leito entre os modelos de gestão direta (Estado) e gestão indireta (OSS), considerando o valor estimado de custeio de R\$ 80.963,12 por leito operacional, considerando a avaliação financeira de custo/despesa apresentada pela atual gestão direta (Estado) supracitada, e o valor estimado de custeio de R\$ 67.651,77 por leito operacional pela gestão indireta (OSS) com base na projeção de ampliação de leitos atual de 294 para 320 leitos operacionais, conforme demonstrado na tabela a seguir:

Comparativo de Custo por Leito Operacional

Indicador	Gestão Direta (Administração Estadual)	Gestão Indireta (OSS)
-----------	---	-----------------------

Custo mensal por leito operacional	R\$ 80.963,12	R\$ 67.651,77
Número de leitos operacionais	294	320
Custeio mensal total estimado	R\$ 23.803.158,30	R\$ 21.648.566,48
Economia mensal estimada	-	R\$ 2.154.591,82
Redução percentual de custos	-	Aproximadamente 9,1%

Análise dos Resultados

Eficiência econômica: A gestão indireta por meio de OSS apresenta uma economia mensal estimada de R\$ 2.154.591,82 em comparação à gestão direta, representando uma redução de aproximadamente 9,1% nos custos operacionais.

Custo por leito operacional: O custo estimado mensal por leito operacional na gestão indireta é de R\$ 67.651,77, enquanto na gestão direta é de R\$ 80.963,12, evidenciando uma economia de R\$ 13.311,35 por leito.

Ampliação da capacidade: A projeção de aumento de 294 para 320 leitos operacionais sob gestão indireta indica não apenas uma redução nos custos por leito, mas também uma ampliação da capacidade de atendimento, potencializando o acesso da população aos serviços de saúde.

Os dados apresentados indicam que a gestão indireta por meio de OSS pode proporcionar maior eficiência operacional e econômica, com redução de custos por leito e ampliação da capacidade de atendimento.

A OSS, com sua capacidade de adotar práticas modernas de gestão e a liberdade para realizar ajustes rápidos na força de trabalho e nos processos de aquisição, consegue responder de maneira mais eficiente às crescentes demandas da população. A redução de custos operacionais, a otimização dos recursos e a implementação de inovações tornam o modelo de gestão por OSS mais vantajoso, especialmente diante das limitações financeiras e estruturais do modelo estatal.

Além disso, o modelo de gestão por OSS poderá proporcionar uma maior previsibilidade orçamentária, permitindo melhor controle sobre os gastos e a alocação de recursos. A flexibilidade administrativa das OSS elimina as rigidezes do modelo público, como a burocracia excessiva e os encargos trabalhistas, que elevam os custos de uma gestão estatal direta. A longo prazo, os ganhos com a melhoria na qualidade do atendimento e a sustentabilidade financeira do sistema de saúde tornam-se evidentes, consolidando a parceria como uma solução mais eficiente, com impacto positivo tanto para os pacientes quanto para os cofres públicos. A OSS, ao focar em resultados, poderá assegurar que o atendimento à saúde da população seja mais ágil, acessível e de qualidade, enquanto reduz custos e promove a inovação.

5. Análise quantitativa e qualitativa dos profissionais atualmente envolvidos com a execução da atividade, com vistas ao aproveitamento em outra atividade ou à cessão para a entidade privada selecionada

5.1. Análise Quantitativa e Qualitativa dos Profissionais

A Secretaria de Estado de Saúde- SES/MT poderá, mediante formalização prévia e acordado entre as partes, ceder os profissionais que atualmente atuam nas duas unidades hospitalares ao PARCEIRO PRIVADO (OSS), garantindo a continuidade dos serviços. O PARCEIRO PRIVADO deverá integrar os profissionais cedidos às suas rotinas e, se necessário, oferecer capacitação específica, com base no plano de cargos e salários, nos critérios de avaliação de desempenho e nos programas de capacitação e desenvolvimento profissional da organização.

A partir da cessão, os profissionais permanecerão vinculados ao regime jurídico da SES, sendo suas obrigações trabalhistas, previdenciárias e administrativas mantidas sob responsabilidade desta, enquanto o PARCEIRO PRIVADO se compromete a gerir suas atividades.

A cessão dos profissionais será válida pelo período de vigência do contrato, podendo ser revisada periodicamente ou em casos de alteração das condições contratuais ou necessidades da unidade hospitalar, mediante aprovação da SES.

O PARCEIRO PRIVADO deverá se comprometer a integrar os profissionais cedidos às suas rotinas administrativas e operacionais, promovendo, sempre que necessário, programas de capacitação específicos para o desempenho das funções no modelo de gestão adotado.

Em caso de rescisão contratual ou alteração das condições de gestão das unidades hospitalares, os profissionais cedidos deverão retornar à lotação original, sem prejuízo de seus direitos ou obrigações contratuais com a SES.

A seguir, apresenta-se a relação preliminar dos profissionais com seu perfil, atualmente lotados e envolvidos nos serviços da unidade hospitalar, a serem cedidos à Organização Social de Saúde a ser contratada.

HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES - DR. ANTÔNIO CARLOS SOUTO FONTES - UNIDADE I e UNIDADE II		
RELAÇÃO PRELIMINAR DOS PROFISSIONAIS COM SEU PERFIL, ATUALMENTE LOTADOS E ENVOLVIDOS NOS SERVIÇOS DA UNIDADE HOSPITALAR, POR VÍNCULO (Contrato temporário - Celetista / Servidor Efetivo)		
CONTRATO TEMPORÁRIO		
NÍVEL DE ESCOLARIDADE	PERFIL	QTD.
NÍVEL SUPERIOR	ADMINISTRADOR	2
	ANALISTA ADMINISTRATIVO	6
	ANALISTA DE TI	3
	ASSESSOR TÉCNICO DE DIREÇÃO II	12
	ASSISTENTE SOCIAL	6
	ASSISTENTE DE DIREÇÃO III	3
	DIRETOR TÉCNICO MÉDICO	1
	ENFERMEIRO	120
	ENFERMEIRO AUDITOR	1
	ENGENHEIRO DO TRABALHO	1
	FARMACÊUTICO	22
	FISIOTERAPEUTA	35
	MÉDICO	12
	PSICÓLOGO	6
NÍVEL MÉDIO	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	76
	AUXILIAR DE FARMÁCIA	5
	AUXILIAR DE LABORATÓRIO	1
	CONDUTOR DE AMBULÂNCIA	4
	SECRETARIA	17
	TÉCNICO DE ELETRICIDADE	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	339
	TÉCNICO DE IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA	1
	TÉCNICO DE INFORMÁTICA	1
	TÉCNICO EM LABORATÓRIO	4
	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	20
	TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	3
NÍVEL FUNDAMENTAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	2
	AUXILIAR OPERACIONAL	62
	MAQUEIRO	24
	MOTORISTA	2
	OFICIAL MANUTENÇÃO	1
	RECEPCIONISTA	18
	TELEFONISTA	1

TOTAL - VÍNCULO CONTRATO TEMPORÁRIO		812
SERVIDOR EFETIVO		
NÍVEL DE ESCOLARIDADE	PERFIL	QTD.
NÍVEL SUPERIOR	ASSISTENTE SOCIAL	1
		2
		1
	BIÓLOGO	1
		1
	BIOQUÍMICO	1
		2
	CONTADOR	1
		2
	ENFERMEIRO	1
		5
		1
		1
	FARMACÊUTICO	1
	BIOMÉDICO	1
	FARMACÊUTICO-BIOQUÍMICO	2
	FISIOTERAPEUTA	1
		1
		1
	FONOAUDIÓLOGO	1
	MÉDICO - CARDIOLOGISTA	1
	MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL	1
	MÉDICO - CLÍNICO GERAL	1
		1
	MÉDICO - GINECOLOGISTA/OBSTETRÍCIA	1
	MÉDICO - INTENSIVISTA	1
		1
	MÉDICO - NEUROLOGISTA	1
	MÉDICO - PEDIATRA	1
	NUTRICIONISTA	1
	PSICÓLOGO	2
		1
NÍVEL MÉDIO	ASSISTENTE DE ADMINISTRAÇÃO	3
		4
		14
		8
		1
		2
		1
		1
	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	1
		1
		12
		26
		3
	AUXILIAR DE LABORATÓRIO	1
	AUXILIAR DE PATOLOGIA CLÍNICA	1
	MOTORISTA	4

		1
		2
	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	10
		1
	TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA	1
	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	3
	TÉCNICO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SAÚDE AMBIENTAL	1
NÍVEL FUNDAMENTAL	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	27
	COZINHEIRO	3
		2
	OFICIAL DE MANUTENÇÃO	3
		2
	VIGIA	1
		2
		1
TOTAL - SERVIDOR EFETIVO		182

Fonte: Documento [SIGADOC SES-CIN-2025/11505A](#), de 27 de janeiro de 2025. Relação atualizada da quantidade de profissionais lotados nas duas Unidades do Hospital Regional Doutor Antonio Fontes de Cáceres (Sede e Anexo).pdf.

Observações: (*) As informações referentes ao quantitativo de servidores, bem como dos subsídios, representam valores identificados no momento da extração da informação do SEAP - Janeiro/ 2025 pela Superintendência de Gestão de Pessoas/SES-MT, podendo variar conforme competência.

6. Previsão de eventual cessão de imóveis e de outros bens materiais

6.1. Previsão de Cessão de Imóveis e Bens Materiais

O Estado cederá os dois imóveis do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes à OSS, exclusivamente para fins de gestão da unidade hospitalar. A OSS será responsável pela conservação, manutenção e reparação dos imóveis e bens materiais, e deverá arcar com os custos relacionados ao uso dos imóveis, incluindo impostos, taxas e consumo de água e energia. O processo de inventário dos bens será realizado em conjunto pela SES-MT e pela OSS, com a elaboração de um inventário detalhado que será parte integrante do contrato.

A cessão de bens deverá ser prevista no instrumento de parceria, considerando os seguintes quesitos:

- O Estado irá realizar a cedência dos 2 (dois) imóveis que compõem o Hospital Regional Dr Antonio Fontes (Unidade I e Unidade II) ao Parceiro Privado (OSS) exclusivamente para fins de gestão da unidade hospitalar e conforme as condições a serem estabelecidas no plano de trabalho e contrato.
- Qualquer alteração na destinação do uso dos imóveis, incluindo a utilização para atividades não relacionadas à saúde, deverá ser previamente autorizada pelo Estado.
- O PARCEIRO PRIVADO (OSS) deverá se comprometer a utilizar os imóveis de forma adequada e para os fins estabelecidos, respeitando as condições e regras de segurança e funcionamento.
- O PARCEIRO PRIVADO (OSS) deverá realizar a manutenção preventiva e corretiva dos imóveis, conforme as necessidades para garantir o funcionamento adequado da unidade hospitalar.
- Deverá ser estabelecido o prazo da cessão do imóvel, o qual deverá ser de acordo com a vigência da parceria estabelecida no instrumento contratual.
- O PARCEIRO PRIVADO (OSS) será responsável pela conservação e manutenção dos imóveis durante o período de cessão. Quaisquer reformas ou melhorias estruturais no imóvel, que alterem sua configuração, deverão ser previamente aprovadas pelo Estado, e os custos dessas reformas correrão por conta da OSS.

- g) Os encargos e custos relacionados ao uso dos imóveis, incluindo, mas não se limitando a, impostos, taxas de manutenção e consumo de água, energia elétrica e gás, serão de responsabilidade da OSS, durante o período da cessão, salvo disposição em contrário prevista no contrato.
- h) Os bens materiais existentes na unidade hospitalar serão cedidos à OSS, conforme os termos do contrato. A área responsável pelo patrimônio do Estado realizará um inventário detalhado de todos os bens materiais presentes na unidade hospitalar, incluindo equipamentos, móveis, utensílios e outros itens relevantes.
- i) O inventário deverá especificar a relação completa dos bens, incluindo a descrição, quantidade, valor estimado e a condição de cada item. A condição dos bens será evidenciada por ambas as partes, Estado e PARCEIRO PRIVADO (OSS), que deverão realizar uma verificação conjunta e acordar a situação de conservação dos bens, registrando todas as informações de forma precisa.
- j) O inventário realizado será considerado parte integrante do contrato, tendo valor legal para todas as questões relacionadas à cessão dos bens materiais. Quaisquer alterações na condição dos bens ou a inclusão de novos bens deverão ser documentadas por ambas as partes, com a devida atualização do inventário, que será reavaliado periodicamente conforme estipulado no contrato de gestão.
- k) O PARCEIRO PRIVADO (OSS) será responsável pela conservação, manutenção e reparação dos bens materiais durante a vigência do contrato. Quaisquer reparos necessários deverão ser realizados imediatamente, e a OSS se compromete a utilizar os bens de acordo com as normas técnicas e de segurança adequadas.
- l) Ao término do contrato, os bens materiais cedidos continuarão sendo de propriedade do Estado. O PARCEIRO PRIVADO (OSS) compromete-se a devolver os bens em bom estado de conservação, salvo desgaste natural decorrente do uso adequado.
- m) Caso seja necessário realizar a transferência ou substituição de bens materiais durante a vigência do contrato, O PARCEIRO PRIVADO (OSS) deverá solicitar autorização prévia ao Estado e não poderá comprometer a qualidade do atendimento da unidade hospitalar.
- n) O PARCEIRO PRIVADO (OSS) será responsável pelos custos operacionais decorrentes dos bens materiais cedidos, incluindo manutenção periódica, seguros, licenciamento e eventuais taxas de serviço. O Estado não assumirá responsabilidade financeira por qualquer custo relacionado aos bens materiais durante o período de cessão.
- o) O PARCEIRO PRIVADO (OSS) deverá se comprometer a fornecer todos os documentos e informações necessárias para a fiscalização e auditoria nos bens materiais e imóveis cedidos à OSS, visando garantir o cumprimento das condições de uso estabelecidas.
- p) Quaisquer alterações ou acréscimos à lista de bens materiais ou imóveis cedidos deverão ser formalizados por meio de aditivo contratual, com a devida aprovação do Estado.
- q) Em caso de rescisão antecipada de contrato, O PARCEIRO PRIVADO (OSS) deve comprometer-se a devolver os imóveis e bens materiais cedidos ao Estado no prazo de **30** (trinta) dias, em boas condições, sendo que o Estado poderá inspecionar os bens e determinar se a devolução foi realizada conforme os termos acordados.

7. Estimativa de recursos financeiros para o desenvolvimento da atividade durante o primeiro exercício de vigência do contrato de gestão e para os três exercícios subsequentes

7.1 Estimativa de Recursos Financeiros para custeio das ações, serviços/atividades assistenciais

O valor estimado para o custeio mensal das ações, serviços/atividades assistenciais a serem executados nas Unidades Hospitalares, **UNIDADE I e UNIDADE II** é de **R\$18.582.906,17 (dezoito milhões, quinhentos e oitenta e dois mil, novecentos e seis reais e dezessete centavos)**. O montante global estimado para o período de 36 meses de vigência contratual é de **668.984.622,12 (seiscentos e sessenta e oito milhões, novecentos e oitenta e quatro mil, seiscentos e vinte e dois reais e doze centavos)**, para custeio das despesas das unidades para execução das ações e serviços de saúde, conforme detalhado a seguir e na Memória de Cálculo (ANEXO I).

Detalhamento do valor estimado por unidade hospitalar:

- **UNIDADE I**
 - Orçamento total para 36 meses: R\$ 419.824.114,92
 - Orçamento anual: R\$ 139.941.371,64
 - Orçamento mensal: R\$ 11.661.780,97
- **UNIDADE II**
 - Orçamento total para 36 meses: R\$ 249.160.507,20
 - Orçamento anual: R\$ 83.053.502,40
 - Orçamento mensal: R\$R\$ 6.921.125,20

8. Da análise técnica sobre a compatibilidade da gestão unificada das Unidades I e II

Por fim, cumpre esclarecer que esta análise considerou que, embora o contrato de gestão - indicado como a alternativa viável para a operacionalização da gestão das Unidades Hospitalares I e II - seja regido pela Lei Complementar Estadual n.º 583/2017 e possua natureza jurídica própria e regramento específico, guardando características semelhantes ao convênio administrativo e não se submetendo integralmente ao regime jurídico tradicional dos contratos administrativos, ainda assim, princípios como os da economicidade, da eficiência e, *quando pertinente*, o do *parcelamento* devem ser considerados na estruturação da parceria, conforme os parâmetros da boa administração pública e da jurisprudência consolidada.

Todavia, no presente caso, s.m.j., a separação contratual, embora teoricamente possível, implicaria na duplicação de estruturas administrativas por parte da contratante (SES/MT), incluindo governança, equipes mínimas, sistemas de informação, suporte, gestão de contratos e de recursos humanos, contrariando os princípios da economicidade e da eficiência.

A lógica institucional da Administração Pública Estadual é de gestão unificada do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes de Cáceres (Unidade I) e de seu Anexo I (Unidade II), este incorporado por força da requisição administrativa do Hospital São Luiz, conforme Decreto Estadual n.º 1.320, de 28 de março de 2022. Desde então, a Unidade II passou a compor, de forma funcional e operacional, a estrutura do Hospital Regional, estando integrada à sua governança assistencial e administrativa. Nesse contexto, a celebração de um contrato de gestão único, com uma única Organização Social responsável por ambas as unidades, não afronta o princípio do parcelamento, mas reflete: a realidade administrativa vigente, formalmente reconhecida pela SES/MT; a busca pela otimização do uso de recursos públicos, com redução de custos indiretos decorrentes da duplicação de estruturas de monitoramento e auditoria; e a integração dos fluxos assistenciais, regulatórios e operacionais, fortalecendo a capacidade de resposta da rede de atenção à saúde local, visto que o Hospital Regional Dr. Antônio Fontes de Cáceres e Anexo I compreendem a referência hospitalar para toda a macrorregião de saúde Oeste

A estruturação de edital sob essa perspectiva, portanto, assegura o devido controle e acompanhamento, ao exigir a apresentação de propostas técnico-financeiras individualizadas por unidade, bem como a movimentação financeira segregada em contas bancárias específicas, em conformidade com o Decreto Estadual n.º 764/2024. Tal modelo contribui para a necessária transparência e a rastreabilidade dos recursos que serão investidos.

Além disso, a adoção de metas, indicadores e instrumentos de avaliação específicos por unidade permitirá o acompanhamento individualizado da performance da Organização Social, sem prejuízo da gestão estratégica e integrada da prestação dos serviços de saúde nas unidades.

Diante do exposto, celebração de contrato único de gestão para as Unidades I e II do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes de Cáceres, com uma única Organização Social, mostra-se tecnicamente justificável e alinhada ao interesse público, em conformidade com a estrutura organizacional vigente da SES/MT.

ANEXO A DO ESTUDO TÉCNICO - MEMÓRIA DE CÁLCULO DA ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL

Disponível por meio do link:

https://docs.google.com/document/d/1AXU0OtkFGJgD_L8kSJZHaH4Ea8ZPXly2/edit?usp=sharing&ouid=106036636803864343243&rtpof=true&sd=true

ANEXO II – 2. PLANO DE TRABALHO

I. ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO

1. A elaboração da proposta de trabalho pela OSS interessada na gestão hospitalar da UNIDADE I e ANEXO I (OU UNIDADE II) do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes, deverão estar pautadas na transparência, eficiência e conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES-MT).

- 1.1. A proposta de trabalho deverá estar alinhada ao edital e seus anexos. Caberá à OSS propor intervenções com o propósito de melhorar a qualidade dos serviços atualmente prestados, buscando a otimização dos recursos disponíveis e a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Além disso, a proposta deverá contemplar estratégias de qualificação do cuidado e considerar a organização das ações e serviços, de forma integrada à rede local de atenção à saúde;
- 1.2. Entende-se que a proposta de trabalho é a demonstração do conjunto dos elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequado para caracterizar o perfil das unidades e o trabalho técnico gerencial definido no objeto da seleção, com base nas especificações e estudos preliminares relativos a este instrumento.
- 1.3. O proponente deverá demonstrar a viabilidade técnica e a estimativa das despesas referentes à execução das atividades propostas, com definição de métodos e prazos de execução.
- 1.4. A proposta de trabalho deverá ser apresentada de forma sucinta e clara, evidenciando os benefícios econômicos e sociais, abrangência geográfica a ser atendida, bem como seus resultados.
- 1.5. A proposta deverá ser materializada tendo como base as condições estabelecidas neste instrumento e seus anexos:
 - **ANEXO A do Plano de Trabalho** – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE AÇÕES E SERVIÇOS/ ATIVIDADES ASSISTENCIAIS;
 - **ANEXO B do Plano de Trabalho** – SISTEMA DE PAGAMENTO;
 - **ANEXO C do Plano de Trabalho** – INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE;
 - **ANEXO D do Plano de Trabalho** – ENSINO E PESQUISA;
 - **ANEXO E do Plano de Trabalho** – GESTÃO DO TRABALHO E RECURSOS HUMANOS;
 - **ANEXO F do Plano de Trabalho** – ESTIMATIVA DE CUSTEIO;
- 1.6. O presente documento constitui parte integrante do procedimento de edital de chamamento público para seleção de entidade privada sem fins lucrativos devidamente qualificada como OSS e apresenta o detalhamento para subsidiar a elaboração do edital de chamamento público para atender a necessidade abaixo especificada.
- 1.7. O objetivo principal é descrever as ações, serviços, atividades, metas (quantitativas e qualitativas) e indicadores (de qualidade e resultado) a serem pactuados, com o detalhamento e descrição da realidade que será objeto da parceria, devendo ser demonstrado o nexo entre essa realidade e as atividades ou projetos e metas a serem atingidas, bem como a forma de execução das atividades ou dos projetos e de cumprimento das metas e parâmetros a serem utilizados, em cumprimento à *alínea “c”* Art.5º. Seção III do Decreto Nº. 764, de 29 de fevereiro de 2024 e aos princípios que regem a administração pública.

II. DESCRIÇÃO DA REALIDADE DO OBJETO DA PARCERIA

2. O proponente deverá considerar e atender as exigências, diretrizes e orientações contidas neste instrumento e seus anexos para a consolidação de sua proposta de trabalho, conforme segue:

2.1. **GESTÃO HOSPITALAR**

2.1.1. A gestão hospitalar é essencial para garantir a eficiência, qualidade e humanização no atendimento, otimizando recursos, reduzindo custos e promovendo um ambiente seguro para os usuários do SUS e profissionais, devendo ser previsto:

A. **Monitoramento e Registro:**

- Aderir ao sistema de informação da Secretaria de Estado da Saúde (SES/MT) para controle e avaliação;
- Registrar atendimentos no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Autorização de Internação Hospitalar (AIH/SUS);
- Manter prontuários atualizados e acessíveis para auditorias.

B. **Equipe Médica e Assistência:**

- Disponibilizar assistência horizontal por meio de equipe composta por médicos visitantes no período diurno;
- Garantir altas hospitalares e prescrições médicas até as 10 horas;
- Fornecer ao usuário do SUS, por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

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

- Proibir cobranças indevidas de qualquer espécie aos usuários do SUS.

C. **Identificação e Imagem Corporativa:**

- Utilizar crachás e uniformes padronizados com identificação do SUS e do hospital;
- Proibir o uso de símbolos próprios da organização nos materiais adquiridos com recursos públicos.

D. **Fornecimento de Materiais e Medicamentos:**

- Responsabilizar-se por itens não disponíveis na tabela SUS-SIGTAP <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>;
- Arcar com custos de fornecimento em caso de demanda judicial ou administrativa.

E. Direitos dos Pacientes:

- Garantir atendimento humanizado, privacidade e confidencialidade dos dados;
- Permitir acompanhantes para crianças, gestantes e idosos;
- Assegurar acesso ao App Ouvidoria SUS.

F. Infraestrutura e Equipamentos:

- Implementar um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde conforme Resolução RDC ANVISA 02 e NBR 15943;
- Garantir manutenção e calibração de equipamentos médicos e instalações hospitalares;
- Criar um Núcleo de Engenharia Clínica para supervisão de tecnologia hospitalar.

G. Gestão e Controle de Qualidade:

- Monitorar a Taxa de Absenteísmo dos colaboradores;
- Realizar pesquisas de satisfação trimestrais (NPS);
- Manter e relatar tempos de espera de internação e cirurgia eletiva.
- Realizar plano de avaliação de indicadores como: taxas de infecção hospitalar, taxas de reinternação, dentre outros.

H. Regulação e Atendimento:

- Instalar um Núcleo Interno de Regulação (NIR) com funcionamento 24h para coordenação de pacientes referenciados;
- Criar um Serviço de Atendimento aos usuários do SUS.

I. Comissões e Comitês:

- Manter diversas comissões obrigatórias, incluindo Controle de Infecção Hospitalar, Ética Médica e Comitê Transfusional, etc.;
- Criar um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar para doenças de notificação compulsória.
- Criar e implantar o Núcleo de Segurança do Paciente.

J. Normas e Regulamentações:

- Cumprir legislações sanitárias e regulatórias, como Lei nº 8.080/1990, RDC 36/2013 e Portaria GM/MS nº 2.254/2010.

2.2. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E INOVAÇÃO

2.2.1. A Tecnologia da Informação e Inovação é um fator essencial para a qualidade e eficiência dos serviços de saúde, devendo ser previsto:

- Aprimoramento de processos, assegurando a segurança das informações e buscando a otimização da gestão assistencial e administrativa, por meio da Tecnologia da Informação (TI);
- Demonstrar capacidade para implantação e gestão de soluções tecnológicas, garantindo segurança, integração e eficiência operacional;
- Gerenciamento operacional das unidades de saúde designadas;
- Implantação de soluções de TI para gestão hospitalar e ambulatorial;
- Treinamento e capacitação das equipes assistenciais e administrativas;
- Garantia da integração entre os sistemas eletrônicos de saúde;

- Segurança da informação e proteção de dados sensíveis dos usuários do SUS;
- Suporte técnico e treinamento contínuo das equipes para uso adequado das soluções tecnológicas;
- Integração de plataformas de gestão para otimização dos processos administrativos e assistenciais;
- Monitoramento e análise de indicadores de desempenho e qualidade através de ferramentas tecnológicas;
- Avaliação contínua da customização dos sistemas disponibilizados, garantindo que atendam às necessidades operacionais das unidades de saúde, com análise da adequação dos módulos implantados, a usabilidade para os profissionais de saúde e a compatibilidade com os processos assistenciais e administrativos, propondo aprimoramentos e melhorias em conjunto com a SES/MT para sua implementação;
- Desenvolvimento, implantação e manutenção de sistemas de prontuário eletrônico;
- Adoção do prontuário único do usuário do SUS, contendo as informações completas do usuário, de seu quadro clínico e sua evolução, prescrições, pareceres, intervenções e exames realizados, todas registradas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento (médico, enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam). Os prontuários, enquanto físico, deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME);
- Garantia do tratamento e proteção dos dados que vier a ter acesso por conta da parceria, de acordo com as exigências legais aplicáveis especialmente, mas sem se limitar, a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal nº 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto nº 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018), e suas eventuais alterações, regulamentações ou substituições posteriores.

2.2.2. Ainda neste contexto, deverá ser garantido suporte de TI de forma abrangente por meio de:

A. Sistemas de Gestão Hospitalar (SGH)

- Implantação e manutenção de Sistema de Informações Hospitalares (HIS) para gestão integrada de prontuários, faturamento, controle de suprimentos, marcação de consultas, exames, sistema de custos, serviços de apoio, dentre outros, que permita a geração de relatórios gerenciais, a interoperabilidade total com os sistemas utilizados pela SES-MT e acesso via Internet das informações e acompanhamento dos indicadores de saúde da unidade;
- Implantação do sistema AGHUse que é o sistema oficial de gestão hospitalar de MT, sendo a implementação realizada em colaboração com a SES-MT;
- O HIS deve ser capaz de coletar, armazenar, processar e avaliar os serviços prestados, sendo compatível com o protocolo HL7 FHIR, permitindo a geração, manipulação e registro de dados, tanto nas áreas assistenciais quanto nas de apoio, proporcionando uma gestão eficiente da interoperabilidade entre as informações assistenciais e administrativas, integrando-se com os demais sistemas oficiais;
- O HIS será o centro de integração, abrangendo informações sobre gestão do paciente, faturamento, gestão financeira, materiais e medicamentos, gestão clínica e de imagens, além de

indicadores administrativos e assistenciais. Ele deverá controlar o fluxo de informações desde a admissão até a alta do paciente, incluindo todos os procedimentos realizados, como gestão de materiais, faturamento, instrumentação e o fluxo de pacientes;

- O sistema também deve abranger o gerenciamento da equipe assistencial, envolvida no tratamento, atendimento e recuperação dos pacientes, incluindo funcionalidades como protocolos, documentos eletrônicos e controle de medicação. Além disso, o HIS deve oferecer módulos para geração de relatórios, análise de dados, painéis de gestão e controle de indicadores, para garantir informações gerenciais precisas;

- O sistema deve permitir a geração de indicadores com base em intervalos de pesquisa definidos, incluindo, mas não se limitando a:

- Média de pacientes por dia;
- Média de permanência;
- Porcentagem de ocupação hospitalar;
- Taxa de mortalidade fora do hospital;
- Taxa de mortalidade no hospital;
- Intervalo de substituição;
- Rotatividade;
- Taxa de alta;
- Taxa de tratamento clínico/cirúrgico.

- Utilização, manutenção, atualização e integração com os sistemas oficiais estaduais e federais em uso pela Secretaria de Estado de Saúde ou outros que vierem a substituí-los ou ainda, novos Sistemas que sejam adotados ou indicados pelo nível estadual ou federal, dentre eles:

- Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS);
- Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS);
- Sistema de Regulação (SISREG);
- Sistema de Informação Câncer (SISCAN);
- Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (RHC);
- Sistema de Monitoramento Obstétrico e Neonatal (SMCON) do Instituto Fernandes Figueira (IFF);
- Sistema de Monitoramento de internações hospitalares e Leitos, Sistema de Informação para Indicadores do SUS - IndicaSUS;
- Sistema de Gestão Hospitalar AGHUse;
- Sistema Estadual de Gestão de Custos do Programa Nacional de Gestão de Custos – APURASUS;
- Laboratório (LIS);
- Imagem (PACS).

B. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)

- Utilização de soluções compatíveis com padrões HL7 e TISS;
- Acesso remoto para profissionais de saúde, garantindo mobilidade e continuidade do cuidado.

C. Infraestrutura de TI

- Disponibilização e manutenção de servidores locais e/ou cloud computing;
- Rede segura com VPN para integração entre unidades e acesso remoto protegido;
- Políticas de backup e redundância para prevenção de perda de dados.

D. Suporte e Segurança da Informação

- Atendimento 24/7 para suporte técnico;
- Políticas de segurança da informação conforme LGPD;
- Criptografia de dados e controle de acesso por autenticação multifator.

E. Inovação e Telemedicina

- Plataformas de teleconsulta e monitoramento remoto de pacientes;
- Integração com aplicativos para acompanhamento do paciente.

F. Critérios de Avaliação e Qualificação da parceria

- Experiência comprovada na gestão de unidades de saúde;
- Capacidade técnica para suporte e inovação em TI;
- *Compliance* com normativas vigentes de saúde e proteção de dados.

G. Atendimento de Indicadores de Desempenho

- Tempo de resposta e resolução de chamados de TI;
- Percentual de *uptime* dos sistemas essenciais;
- Satisfação dos usuários do SUS com as soluções tecnológicas.

H. Diagnosis Related Groups - DGR

- Implantação de codificação do *Diagnosis Related Groups* - DRG-Brasil.

2.3. GESTÃO INTEGRADA

2.3.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de um Núcleo de Manutenção Geral, que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, bem como um Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos na Unidade, além de manter o Núcleo de Engenharia Clínica para o bom desempenho dos equipamentos.

2.3.2. Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial e de manutenção de equipamentos cujo uso lhe fora permitido.

2.4. INTEGRIDADE E TRANSPARÊNCIA

2.4.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei Ordinária nº.11.123, de 08 de maio de 2020, e suas alterações posteriores.

2.4.2. O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir o acesso à informação, conforme previsto nas Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 e Decreto Nº.806/GOV/MT, de 22 de janeiro de 2021, respectivamente.

2.4.3. O PARCEIRO PRIVADO deverá disponibilizar a informação relativa à Transparência das OSS, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº.131/2009, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/2011 e Decreto nº.806/2021/GOV/MT, respectivamente, à Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso, e ao Manual Técnico de Processos e Procedimentos/ Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos, da Controladoria-Geral do Estado de Mato Grosso- CGE/MT. Ressalta-se que é de TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados no seu *SITE* para análise por meio de *link* (este gerado pelo parceiro privado) a ser direcionado por meio de acesso ao Portal Transparência no *site* da Secretaria de Estado de Mato Grosso- SES/MT

- 2.4.4.** O PARCEIRO PRIVADO deverá integrar ao Aplicativo OuvidorSUS - destinado a esclarecer dúvidas, receber elogios, sugestões, informações, reclamações e denúncias dos usuários do SUS que permite à Secretaria do Estado da Saúde de Mato Grosso- SES/MT melhorar a qualidade do atendimento prestado ao usuário do SUS - e providenciar resposta adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

2.5. PROJEÇÃO DE ATENDIMENTO / ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

- 2.5.1.** O Hospital Regional Dr. Antônio Fontes é referência para 22 municípios da Macrorregião Oeste e a população da fronteira com a Bolívia e deverá desempenhar suas atividades em duas unidades distintas, denominadas de **UNIDADE I: Hospital Regional Dr. Antônio Fontes (CNES 2534460)** e **UNIDADE II: Hospital Regional Dr. Antônio Fontes - Anexo I (CNES 2395037)**.

A. UNIDADE I - Hospital Regional Dr. Antônio Fontes (CNES 2534460)

A.1. SERVIÇOS E LEITOS

a. Serviços a serem executados minimamente na UNIDADE I:

- Traumatologia e Neurocirurgia Adulto;
- Assistência de média e alta complexidade;
- Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo II (incluindo hemodiálise);
- Unidade de Cuidado Intermediário (UCI) Adulto;
- Retaguarda para Doença Renal Crônica (DRC) com Terapia Renal Substitutiva (TRS);
- Unidade de Assistência em Atenção Oncológica de Alta Complexidade (UNACON);
- Neurologia/Neurocirurgia (Neuro-intervencionista);
- Endocrinologia;
- Pneumologia;
- Atendimento a transtornos/saúde mental;
- Assistência em Atenção Médico Domiciliar (*Home Care*) incluindo cuidados paliativos;
- Cirurgia Vascular com Hemodinâmica;
- Nefrologia;
- Urologia;
- Cirurgias Urológicas;
- Cirurgias Oncológicas;
- Cirurgias Oftalmológicas;
- Cirurgia Torácica;
- Bucomaxilofacial;
- Otorrinolaringologia;
- Clínica Geral;
- Cirurgia Geral Adulto;
- Cardiologia/Cardiovascular (implante de marcapassos);
- Serviços de Hemodinâmica (Cateterismos, Angioplastias);
- Cardiologia Intervencionista (Estudo Eletrofisiológico com/Ablação, Implante de Marcapasso);
- Serviço de Urgência e Emergência;
- Assistência ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM);
- Assistência ao Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- Utilização do Centro Cirúrgico e Anestesiologia 24h;
- Egressos/cadastrados da Assistência Oncológica;
- Egressos/retaguarda da Terapia Renal Substitutiva (TRS);
- Egressos/ cadastrados da Assistência Cardiologia/Cardiovascular;

- Cirurgias de todas as especialidades elencadas;
- Internações de média e alta complexidade;
- Atendimentos Clínicos de todas as áreas elencadas;
- Serviço de Hemoterapia;
- Serviço Verificação de Óbitos Não Invasivo, ou Autópsia Minimamente Invasiva (AMI)
- Serviço de Captação de Órgãos

b. Além disso, a **UNIDADE I** em sua estrutura de leitos hospitalares, deverá ter como projeção o **quantitativo de 150 leitos** hospitalares distribuídos em sua unidade e organizados minimamente em leitos de internação conforme identificação abaixo:

Quadro 01 - PROJEÇÃO CAPACIDADE INSTALADA - LEITOS
UNIDADE I: Hospital Regional Dr. Antônio Fontes (CNES 2534460)

Hospitalar - Leitos	
Descrição	Leitos Existentes
LEITOS COMPLEMENTARES	
95 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS ADULTO (UCI-a) (Piso Superior)	10
75 - UTI ADULTO - TIPO II (Piso Superior)	10
75 - UTI ADULTO - TIPO II (Térreo)	10
INTERNAÇÃO ESPECIALIDADE CIRÚRGICO ADULTO (Piso Superior)	
BUCOMAXILOFACIAL	45
CARDIOLOGIA/CARDIOVASCULAR	
CIRURGIA GERAL	
OFTALMOLOGIA	
NEFROLOGIA / UROLOGIA	
VASCULAR	
NEUROCIRURGIA	
ONCOLOGIA	
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	
TORÁCICA	
INTERNAÇÃO ESPECIALIDADE CLÍNICO ADULTO (Piso Térreo)	
CLÍNICA GERAL	51
CARDIOLOGIA	
NEFROLOGIA/UROLOGIA	
NEUROLOGIA	
ONCOLOGIA	
SAÚDE MENTAL (8 leitos)	
OFTALMOLOGIA	
VASCULAR	
SERVIÇO DE URGÊNCIA & EMERGÊNCIA	
Estabilização	2
Box Emergência	8
Isolamento	1
Observação	13
TOTAL	150
Fonte: Projeção - SUPO/SES-MT - Visita Técnica in loco, 12 a 13/11/2024. Relatório SUPO/SES emitido em 29/11/2024.	

c. Ofertará serviços de média e alta complexidade, com atendimento de urgência e emergência (24 horas), utilização do centro cirúrgico e anestesiologia 24h, ambulatório e internação, minimamente nas **especialidades (clínica e cirúrgica)** de: ortopedia e traumatologia, neurologia, clínica geral,

cardiologia, angiologia, urologia, nefrologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, gastroenterologia, oncologia, medicina intensiva adulto e cirurgia bucomaxilofacial.

A.2. HABILITAÇÕES NECESSÁRIAS A UNIDADE I

O PARCEIRO PRIVADO deverá buscar a habilitação dos serviços prestados em conformidade com as diretrizes do SUS, garantindo que a unidade hospitalar continue sendo referência nos atendimentos e serviços já oferecidos. Além disso, deverá iniciar os processos de credenciamento e habilitação dos novos serviços implantados, assegurando a habilitação junto ao Ministério da Saúde dos serviços a seguir, mas não se limitando a:

- a)** Habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia - Serviço/ Classificação 155/001 - Serviço de Traumatologia e Ortopedia Adulto (Referenciado e regulado), Serviço/ Classificação 155/003 – Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência.
- b)** Habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia - Serviço/ Classificação 529/002 – Serviço de Coluna e Nervos Periféricos (Referenciado e regulado), Serviço/ Classificação 529/003 – Serviço de Tumores do Sistema Nervoso (Referenciado e regulado), Serviço/ Classificação 529/004 – Serviço de Neurocirurgia Vascular (Referenciado e regulado);
- c)** Habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – Serviço/ Classificação 1706/132 - Serviço de Oncologia (Origem: Portaria SAES/MS Nº. 688, de 28 de Agosto de 2023, que altera a Portaria de Consolidação SAES/MS Nº.1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na Alta Complexidade em Oncologia).
- d)** Habilitação do Serviço de Unidade de Cuidado Intermediário Adulto- UCI-a (Origem: Portaria GM/MS Nº. 2.862, de 29 de dezembro de 2023, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as Unidades de Terapia Intensiva - UTI e as Unidades de Cuidado Intermediário - UCI, destinadas ao cuidado progressivo do paciente crítico, grave ou de alto risco ou moderado no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS).
- e)** Habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral/Parenteral, (Origem: Portaria SAS/MS nº 120, de 14 de abril de 2009, que aprova as Normas de Classificação e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/ Parenteral);
- f)** Implantação e Habilitação de Unidades de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular com atendimento nos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista, Cirurgia Vascular, Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos e Laboratório de Eletrofisiologia, Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista (Origem: Portaria SAS/MS nº.210. de 15 de junho de 2004, Portaria SAS/MS nº 123, de 28 de fevereiro de 2005).
- g)** Implantação e Habilitação de 8 (oito) leitos de enfermaria p/ Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral), (Origem: Portaria GM/MS Nº. 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera as Portarias de Consolidação nº. 3 e nº. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências).
- h)** Credenciamento/Habilitação do Serviço/ Classificação 1202 - Procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, em regime de Hospital Dia.
- i)** Habilitação do Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (17.19 - SRC), (Origem: Portaria GM/MS Nº.189, de 31 de janeiro de 2014);

j) Habilitação do Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (17.20 - SDM) (Origem: Portaria GM/MS Nº.189, de 31 de janeiro de 2014).

k) Habilitação do Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero - SRC Origem: Portaria GM/MS Nº.189, de 31 de janeiro de 2014).

l) Habilitação do Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Próstata (Origem: Portaria GM/MS Nº.189, de 31 de janeiro de 2014).

O PARCEIRO PRIVADO deverá buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da equipe de monitoramento da SES/MT e conforme diretrizes do SUS.

A.3. LINHAS DE SERVIÇOS/ ATIVIDADES - UNIDADE I

Para o funcionamento da **UNIDADE I**, serão consideradas as seguintes linhas de serviços, as quais estão detalhadas no **ANEXO A do Plano de Trabalho - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE AÇÕES E SERVIÇOS / ATIVIDADES ASSISTENCIAIS**:

- a) **Assistência Integral;**
- b) **Serviço de Internação Hospitalar por complexidade (média/alta complexidade):**
 - Saídas de Clínicas/especialidades;
 - Saídas Cirúrgicas/especialidades;
 - Diárias de Leitos Complementares (UTI);
- c) **Serviço de Centro Cirúrgico;**
- d) **Serviço de Hospital Dia e Cirurgia Ambulatorial;**
- e) **Serviço de Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas, Multiprofissionais na Atenção Especializada:**
 - consultas médicas e multiprofissionais em ambulatório de especialidades.
- f) **Serviço de Saúde Digital;**
- g) **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) EXTERNO;**
- h) **Serviço de Urgência/Emergência;**
- i) **Serviço de Assistência em Atenção Médico Domiciliar e cuidados paliativos;**
- j) **Time de Desospitalização;**
- k) **Serviço de Verificação de Óbitos Não Invasivo, ou Autópsia Minimamente Invasiva (AMI);**
- l) **Serviço de Captação de Órgãos;**
- m) **Serviço de Hemoterapia;**
- n) **Serviço de Cardiologista Intervencionista e Hemodinâmica;**
- o) **Serviço de Transporte Sanitário;**
- p) **Qualificação Profissional e Integração Ensino-serviço;**
- q) **Comissões Clínicas, Comitês e Núcleos Hospitalares.**

B. UNIDADE II - Hospital Regional Dr. Antônio Fontes Anexo I (CNES 2395037)

B.1. SERVIÇOS E LEITOS

A **UNIDADE II: Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I** deverá ser referência regional/macrorregional de Média e Alta Complexidade em Assistência voltada à rede do Cuidado Materno-Infantil, Assistência em Gestação de Risco Habitual (14 municípios pactuados: Araputanga, Curvelândia, Glória D' Oeste, Porto Esperidião, Reserva do Cabaçal, São José dos Quatro Marcos, Indaiavaí, Lambari D' Oeste, Comodoro, Conquista D' Oeste, Figueirópolis D' Oeste, Nova Lacerda, Rondolândia, Vale do São Domingos) e de Gestação de Alto Risco (GAR), e integralidade da atenção de alta

complexidade a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, neonatais e pediátricas e o acompanhamento em Ambulatório de Estratégia *Follow-up*: acolhimento, humanização e cuidado qualificado aos bebês de risco.

a. Serviços a serem executados minimamente na UNIDADE II:

- Anestesiologia;
- Cardiologia + Risco cirúrgico;
- Cirurgia Geral;
- Cirurgia Vascular;
- Clínica Geral;
- Ginecologia & Obstetrícia Clínica;
- Ginecologia Cirúrgica;
- Obstetrícia Cirúrgica;
- Nefrologia Adulto;
- Nefrologia Pediátrica;
- Neurocirurgia Pediátrica;
- Neurologia Pediátrica;
- Ortopedia e Traumatologia Pediátrica;
- Neonatologia;
- Pediatria Clínica;
- Pediatria Cirúrgica.

b. A UNIDADE II deverá apresentar em sua estrutura, minimamente o quantitativo de **170 leitos hospitalares distribuídos** em sua unidade, organizados em leitos de internação respectivamente identificadas conforme a distribuição disposta abaixo:

Quadro 02 - PROJEÇÃO CAPACIDADE INSTALADA - LEITOS
UNIDADE II: Hospital Regional Dr Antônio Fontes ANEXO I (CNES2395037)

Hospitalar - Leitos	
Descrição	Leitos Existentes
LEITOS COMPLEMENTARES	
ISOLAMENTO	5
UTI PEDIÁTRICO TIPO II	10
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS ADULTO (UCI-a)	10
UTI ADULTO - TIPO II	16
UTI NEONATAL TIPO II	10
UNID. DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCo)	15
UNID. DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS CANGURU (UCINCa)	5
INTERNAÇÃO ESPECIALIDADE CIRÚRGICO	
CIRÚRGICA OBSTÉTRICA	24
CIRURGIA GERAL ADULTO	
CIRÚRGICA NEONATAL	
CIRÚRGICA PEDIÁTRICA	
TRAUMATO ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	
INTERNAÇÃO ESPECIALIDADE CLÍNICO	
NEONATOLOGIA	53
CLÍNICA PEDIÁTRICA	
CLÍNICA GERAL	
Quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto)	
CLÍNICA OBSTÉTRICA	
SERVIÇO DE URGÊNCIA & EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA	

Emergência	2
Observação	10
SERVIÇO DE URGÊNCIA e EMERGÊNCIA ADULTO	
Emergência	2
Observação	8
TOTAL	170

Fonte: Projeção - SUPO/SES-MT - Visita Técnica in loco, 12 a 13/11/2024. Relatório SUPO/SES versão: 02/12/2024.

B.2. HABILITAÇÕES NECESSÁRIAS A UNIDADE II

O PARCEIRO PRIVADO deverá buscar a habilitação dos serviços prestados em conformidade com as diretrizes do SUS, garantindo que a unidade hospitalar continue sendo referência nos atendimentos e serviços já oferecidos. Além disso, deverá iniciar os processos de credenciamento e habilitação dos novos serviços implantados, assegurando a habilitação junto ao Ministério da Saúde dos serviços a seguir, mas não se limitando a:

- Habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia - Serviço/ Classificação 155/002 – Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica (até 21 anos de idade) (Referenciado e regulado);
- Habilitação como Referência no atendimento como Serviço de Urgência e Emergência em pediatria;
- Habilitação de 10 (dez) Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica- UTI-ped, tipo II e Unidade de Cuidado Intermediário Pediátrica - UCI-ped;
- Habilitação de 10 (dez) Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) Tipo II e Unidades de Cuidados Intermediários com 2 (duas) tipologias: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa);
- Habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, Nutrição Enteral, Enteral/Parenteral;
- Habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade de Gestação de Alto Risco (GAR) (Portaria de Consolidação GM/MS Nº 3, de 28 de setembro de 2017 - Rede Cegonha Portaria GM/MS Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024 - Rede Alyne).

O PARCEIRO PRIVADO deverá buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da equipe de monitoramento da SES/MT e conforme diretrizes do SUS.

B.3. LINHAS DE SERVIÇOS/ATIVIDADES - UNIDADE II

Para o funcionamento da **UNIDADE II**, devem ser oferecidos serviços de média e alta complexidade, com atendimento de urgência e emergência (24 horas), ambulatório e internação, minimamente, nas especialidades de: neurologia e neurocirurgia, ortopedia pediátrica, cirurgia geral pediátrica, medicina intensiva adulto, pediátrica e neonatal, considerando as linhas de serviços a seguir, as quais estão detalhadas no **ANEXO A do Plano de Trabalho - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE AÇÕES E SERVIÇOS / ATIVIDADES ASSISTENCIAIS**:

- Assistência Integral**
- Serviço de Internação por complexidade (média/alta complexidade):**
 - Saídas de Clínicas Obstétricas;
 - Saídas de Cirurgias Obstétricas;
 - Saídas de Clínicas Neonatologia;
 - Saídas de Clínicas Ginecologia;
 - Saídas de Cirurgias Ginecológicas;

- Saídas de Clínicas Pediátricas;
 - Saídas de Cirurgias Pediátricas;
 - Saídas de Cirurgia Geral;
 - Diárias de Leitos Complementares (UTI);
- c) **Serviço de Centro Cirúrgico;**
- d) **Serviço de Hospital Dia e Cirurgia Ambulatorial;**
- e) **Serviço de Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas, Multiprofissionais na Atenção Especializada:**
- consultas médicas e multiprofissionais em ambulatórios relacionados ao Cuidado Materno-Infantil, assistência à Mulher e a Criança, acompanhamento Pré-Natal de Alto Risco e complicações relacionados ao puerpério;
- f) **Serviço de Saúde Digital;**
- g) **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) EXTERNO;**
- h) **Serviço de Urgência/Emergência;**
- i) **Serviço de Assistência em Atenção Médico Domiciliar e cuidados paliativos (HOME CARE);**
- j) **Time de Desospitalização;**
- k) **Serviço de Verificação de Óbitos Não Invasivo, ou Autópsia Minimamente Invasiva (AMI);**
- l) **Serviço de Captação de Órgãos;**
- m) **Serviço de Transporte Sanitário;**
- n) **Qualificação Profissional e Integração Ensino-serviço;**
- o) **Comissões, Comitês e Núcleos Hospitalares.**

III. DESCRIÇÃO DE METAS A SEREM ATINGIDAS E ATIVIDADES OU PROJETOS A SEREM EXECUTADOS

3. A proposta de trabalho deverá definir, de forma clara e concisa, os resultados que se espera atingir e os caminhos para alcançá-los. Nesse sentido, as metas abrangem tanto objetivos quantitativos quanto qualitativos, como garantir a integralidade da assistência aos usuários do SUS, cumprir prazos operacionais (por exemplo, a disponibilização das altas hospitalares em horário pré-definido) e manter elevados índices de qualidade e segurança assistencial, conforme subsídios constantes neste instrumento e seus anexos.

- 3.1. As atividades e projetos a serem executados envolvem a implementação e o gerenciamento de sistemas integrados de informação (como o HIS e o AGHUse), a atualização contínua dos prontuários e o registro sistemático dos atendimentos, além do gerenciamento dos equipamentos e infraestrutura hospitalar. Também devem prever projetos específicos para a criação e manutenção de núcleos e comitês (ex.: Núcleo Interno de Regulação, comissões de Controle de Infecção, Ética e Auditoria), que visam apoiar a execução dos serviços e promover a melhoria contínua.
- 3.2. O PARCEIRO PRIVADO deverá elaborar Indicadores-Chave de Desempenho (KPIs) para avaliar a qualidade dos serviços hospitalares, considerando que os Indicadores-Chave de Desempenho (KPIs) são utilizados para avaliar a performance da gestão hospitalar, o cumprimento de metas e a qualidade dos serviços a serem prestados. Alguns exemplos de KPIs mencionados no contexto são: taxa de ocupação, tempo médio de permanência, tempo médio de atendimento, tempo de espera para atendimento, tempo médio de espera por atendimento médico, quantidade de transferências de pacientes, número de saídas hospitalares, taxa de ocupação do centro cirúrgico, taxa de cancelamento de cirurgias, tempo médio de cirurgia, indicadores estratégicos de qualidade e indicadores assistenciais, operacionais e de gestão.
- 3.3. O estabelecimento de metas claras para cada indicador será crucial. Essas metas deverão ser baseadas na capacidade instalada, na demanda assistencial, nas melhores práticas de gestão e nos recursos disponíveis. O monitoramento contínuo dos KPIs e a comparação com as metas estabelecidas deverão permitir e identificar áreas de melhoria e otimizar a gestão hospitalar.

3.4. Os KPIs devem incluir *checklists* de avaliação e um manual de utilização para monitoramento e análise da efetividade em níveis estratégico e operacional.

A. Estrutura do Modelo de Documento para Cada KPI

Para cada KPI de Qualidade Hospitalar, o Modelo de Documento deverá incluir (mas não se limitar a):

- Descrição do KPI: Nome, categoria (ex.: segurança do paciente, satisfação do usuário do SUS, eficiência operacional) e objetivo;
- Metodologia de Cálculo: Fórmula utilizada para mensuração, abrangendo indicadores operacionais e estratégicos;
- Unidade de Medida: Pode ser percentual, número absoluto, proporção, entre outros;
- Frequência de Monitoramento: Intervalo para coleta e análise dos dados;
- Meta de Desempenho: Valor mínimo a ser alcançado para que o KPI seja considerado satisfatório, conforme as metas da unidade;
- Critérios de Aceite: Padrões e limites que permitam uma avaliação binária (cumpriu/não cumpriu) e qualitativa.

B. Estrutura para Análise nos Diferentes Níveis

Para maximizar a eficácia dos KPIs nos níveis estratégico e operacional, deverá estruturar as análises conforme descrito abaixo:

- **Nível Operacional**
 - Objetivo: Monitorar o desempenho operacional para ações corretivas rápidas;
 - Frequência de Análise: Relatórios diários, semanais ou mensais, conforme a criticidade do KPI;
 - Indicadores-Chave: Focados em atividades de rotina que impactam diretamente o funcionamento operacional;
 - Sugestões de Ações: Diretrizes para intervenção imediata diante de desvios.
- **Nível Estratégico**
 - Objetivo: Analisar tendências a longo prazo e avaliar o cumprimento dos objetivos estratégicos de qualidade hospitalar;
 - Frequência de Análise: Relatórios trimestrais e anuais, consolidando dados operacionais para ajustes de metas de longo prazo;
 - Indicadores-Chave: Refletem o impacto estratégico dos processos;
 - Sugestões de Ações Estratégicas: Ações corretivas e revisões de processo com foco na melhoria contínua.

C. Categorias Mínimas de KPIs

Os KPIs deverão, no mínimo, abranger as seguintes categorias (mas não se limitar a):

- **Qualidade da Informação:** Precisão e completude dos registros hospitalares;
- **Regulação de Acesso:** Tempo de resposta e adequação das vagas oferecidas conforme o contratado;
- **Humanização e Cuidados Paliativos:** Práticas humanizadas no atendimento e na prestação de cuidados paliativos;
- **Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):** Monitoramento das taxas de infecção e infecções associadas a dispositivos médicos;
- **Qualidade das Atividades Cirúrgicas:** Indicadores de reintervenção e mortalidade operatória;
- **Segurança do Paciente:** Controle de eventos adversos e adesão a checklists de segurança;

- **Atenção ao Usuário e Satisfação:** Resolução de queixas e avaliação de satisfação (por exemplo, via NPS).

D. Entregáveis

- Guia Estratégico contendo:
 - Documento de KPIs: Lista detalhada dos indicadores, com descrições, metas, critérios de aceitação e orientações para análises nos níveis estratégico e operacional, com referências técnicas e normativas;
 - Checklists de KPIs: Ferramenta prática para que gestores acompanhem o cumprimento dos indicadores em cada período de avaliação;
 - Manual de Utilização: Instruções completas para orientar a aplicação e o monitoramento dos KPIs, detalhando metodologias de cálculo, periodicidade e exemplos práticos para a análise estratégica e operacional.

3.5. Escopo dos serviços

O PARCEIRO PRIVADO será responsável por:

- **Gerenciamento Operacional:** O parceiro será responsável pelo gerenciamento operacional da unidade, incluindo a alocação de recursos humanos e materiais necessários para o funcionamento eficiente dos serviços de saúde;
- **Atendimento Assistencial:** Prestar atendimento assistencial nas especialidades previstas, com foco na qualidade e segurança do paciente, garantindo que os serviços sejam realizados conforme os protocolos clínicos estabelecidos;
- **Manutenção de Equipamentos e Infraestrutura:** Realizar a manutenção preventiva e corretiva de equipamentos hospitalares e da infraestrutura física, assegurando a disponibilidade e o bom estado de conservação dos recursos materiais;
- **Gestão de Estoques e Insumos:** Gerir de forma eficiente os estoques e insumos hospitalares, garantindo o abastecimento contínuo e evitando faltas que possam comprometer o atendimento;
- **Monitoramento de Indicadores:** Monitorar os indicadores de qualidade e desempenho, promovendo a melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos;
- **Governança Clínica:** Implantar um sistema de governança clínica para acompanhamento de resultados assistenciais e administrativos, visando à excelência na prestação dos serviços de saúde;
- **Residências Médicas e Multiprofissionais:** Implantar e manter programas de residências médicas e multiprofissionais, contribuindo para a formação de profissionais de saúde qualificados;
- **Serviço de Assistência Integral:** Disponibilizar serviço de assistência de atenção integral à saúde no âmbito hospitalar durante o regime de hospitalização, assegurando cuidados abrangentes aos pacientes internados;
- **Exames de Apoio Diagnóstico e Terapêutico:** Oferecer exames de apoio diagnóstico e terapêutico compatíveis com os procedimentos principais, garantindo suporte adequado ao diagnóstico e tratamento dos pacientes;
- **Registro de Internações Emergenciais:** Registrar internações emergenciais originadas do serviço de urgência e emergência, mantendo registros precisos e atualizados;

- **Encaminhamento de Pacientes:** Encaminhar pacientes que necessitem de acompanhamento para unidades básicas de saúde ou clínicas especializadas, assegurando a continuidade do cuidado;
- **Alta com Exames e Consultas Agendados:** Se a especialidade for ofertada pelo hospital, garantir que os pacientes recebam alta com exames e consultas subsequentes já agendados, facilitando o seguimento do tratamento;
- **Alta Segura e Responsável:** Realizar alta segura e responsável conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, assegurando que os pacientes estejam aptos para deixar a unidade hospitalar;
- **Documentação do Prontuário:** Emitir documentação completa do prontuário de saída hospitalar, fornecendo registros detalhados do atendimento prestado;
- **Gestão Financeira e Contratual:** Utilizar os recursos disponíveis dentro dos limites financeiros e parâmetros contratuais estabelecidos, garantindo a sustentabilidade econômica das operações;
- **Autorização para Procedimentos Não Previstos:** Para procedimentos não previstos, solicitar autorização à Secretaria de Estado de Saúde com justificativa médica formal, assegurando conformidade com as normas vigentes;
- **Continuidade dos Cuidados Pós-Alta:** Assegurar recursos terapêuticos para continuidade dos cuidados por pelo menos 30 dias após a alta, promovendo a recuperação completa dos pacientes;
- **Conformidade com Fluxos da SES/MT:** Seguir o fluxo da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) para avaliação da necessidade de materiais pelo Médico Supervisor da SES/MT, garantindo alinhamento com as políticas estaduais de saúde.

3.6. Metas Quantitativas: UNIDADE I e UNIDADE II

- 3.6.1.** As Metas de Produção (quantitativa) estão detalhadas no **ANEXO A do Plano de Trabalho - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE AÇÕES E SERVIÇOS / ATIVIDADES ASSISTENCIAIS**. A seguir algumas das categorias:

A. UNIDADE I: Hospital Regional Dr Antônio Fontes:

- a. Consultas Médicas - Realizar um número específico de consultas médicas mensais, conforme a demanda e a capacidade instalada da unidade.
- b. Procedimentos Cirúrgicos - Efetuar uma quantidade definida de procedimentos cirúrgicos trimestrais, atendendo às necessidades da população assistida.
- c. Atendimentos de Urgência e Emergência - Atender a um número determinado de pacientes nos serviços de urgência e emergência, garantindo resposta rápida e eficaz às situações críticas.
- d. Taxa de Ocupação de Leitos - Manter uma taxa de ocupação de leitos hospitalares dentro de parâmetros aceitáveis, otimizando a utilização dos recursos disponíveis.

B. UNIDADE II: Hospital Regional Dr Antônio Fontes ANEXO I:

- a. Consultas Médicas - Realizar um número específico de consultas médicas mensais, conforme a demanda e a capacidade instalada da unidade.
- b. Procedimentos Cirúrgicos - Efetuar uma quantidade definida de procedimentos cirúrgicos trimestrais, atendendo às necessidades da população assistida.

- c. **Atendimentos de Urgência e Emergência** - Atender a um número determinado de pacientes nos serviços de urgência e emergência, garantindo resposta rápida e eficaz às situações críticas.
- d. **Taxa de Ocupação de Leitos** - Manter uma taxa de ocupação de leitos hospitalares dentro de parâmetros aceitáveis, otimizando a utilização dos recursos disponíveis.

3.7. Metas Qualitativas: UNIDADE I e UNIDADE II

- **Grau de satisfação:** Alcançar um índice de satisfação dos usuários do SUS acima de 90% na enfermagem, mensurado por meio de pesquisas periódicas e medido por meio de pesquisas de opinião estruturadas;
- **Tempo de Espera para Atendimento:** Reduzir o tempo médio de espera para atendimento para um limite máximo estabelecido, melhorando a eficiência do fluxo de pacientes;
- **Tempo médio de internação** reduzido entre 3 a 4 dias, promovendo eficiência na gestão de leitos;
- **Taxa de Ocupação Hospitalar** com aumento para no mínimo 85%, garantindo o uso adequado da capacidade instalada;
- **Taxa de Infecção Hospitalar:** Manter a taxa de infecção hospitalar abaixo de um percentual específico de 2%, conforme padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e implementando protocolos rigorosos de controle de infecções;
- **Adesão a Protocolos Clínicos:** Garantir a adesão aos protocolos clínicos estabelecidos em pelo menos um percentual definido dos casos, assegurando a padronização e a qualidade do atendimento.

Os indicadores de desempenho e qualidade deverão ser encaminhados em formato de relatórios ou instrumentos para registro de dados de produção definidos pela SES/MT, até o 10º. (décimo) dia de cada mês.

Os indicadores para a avaliação das metas qualitativas deverão estar minimamente agrupados nas seguintes categorias, conforme detalhamento do **ANEXO C do Plano de Trabalho – INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE:**

- a. Desempenho na Qualidade da Informação;
- b. Desempenho na Regulação de Acesso;
- c. Desempenho na área de Humanização e Cuidados Paliativos;
- d. Desempenho no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH;
- e. Desempenho na área de Segurança do Paciente;
- f. Desempenho na Qualidade das atividades cirúrgicas;
- g. Desempenho na área de Atenção ao Usuário do SUS.
- h. Desempenho na área de Eficiência Operacional;
- i. Desempenho na área de Qualidade Assistencial;
- j. Desempenho na área de Assistência Obstétrica.

3.8. Monitoramento e Avaliação

O PARCEIRO PRIVADO deverá implementar uma metodologia e uma central de monitoramento com o objetivo de informar, mensalmente, os resultados do elenco mínimo de Indicadores de Desempenho relacionados à qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS nas Unidades Hospitalares UNIDADE I e UNIDADE II. Além disso, deverá mensurar a eficiência, efetividade e qualidade dos processos de gerenciamento e operacionalização da unidade hospitalar, por meio de:

- **Coleta de Dados:** Implementar um sistema de coleta de dados que permita o monitoramento contínuo dos indicadores de desempenho e qualidade definidos;

- **Análise Periódica:** Realizar análises periódicas dos dados coletados, identificando tendências, áreas de melhoria e implementando ações corretivas quando necessário;
- **Relatórios de Desempenho:** Elaborar relatórios de desempenho regulares, apresentando os resultados alcançados em relação às metas estabelecidas e propondo estratégias para otimização dos processos assistenciais.

IV. PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS PARA A EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES/PROJETOS

4. A previsão de receitas voltadas à execução das atividades/projetos abrangidos pela parceria é oriunda da fonte estadual para os serviços que não são credenciados / habilitados e fonte federal para os serviços credenciados / habilitados, conforme disposto nos quadros a seguir, considerando a previsão estimada de despesas para cada unidade hospitalar:

Quadro 3 - Descrição do Serviço, Financeiro Estimado/Mensal e Financeiro Estimado/Anual
UNIDADE I: Hospital Regional Dr Antônio Fontes - 2025

ITEM	SERVIÇOS DE ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR - MC & AC	CRITÉRIO	FINANCEIRO ESTIMADO / MENSAL (R\$)	FINANCEIRO ESTIMADO/ ANUAL (R\$)
1	ÓRTESE, PRÓTESE, MATERIAIS ESPECIAIS (OPMEs)/ COMPATIBILIDADE	MATERIAIS	3.355.177,98	40.262.135,76
2	ÓRTESE, PRÓTESE, MATERIAIS ESPECIAIS (OPMEs)/ ALTO CUSTO (25% - Compatibilidade)	MATERIAIS	838.794,49	10.065.533,88
3	Diárias de 20 Leito Complementar de UTI Adulto Tipo II, sendo 6 Habilitados - RECURSO FONTE FEDERAL R\$ 600,00 e RECURSO FONTE ESTADUAL R\$1.109,69 e 14 Não Habilitado - RECURSO FONTE ESTADUAL - R\$2.000,00/Diária	DIÁRIAS	1.147.744,20	13.772.930,40
4	10 Leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Adulto (UCI-a)	DIÁRIAS	125.100,00	1.501.200,00
5	SERVIÇO DE NEFROLOGIA (Sessões de Hemodiálise) em Clínica e UTI Adulto Tipo II	SESSÃO	127.396,80	1.528.761,60
6	SERVIÇO DE TRANSPORTE TERRESTRE SUPORTE BÁSICO (TIPO B) E SUPORTE AVANÇADO (TIPO D) KM RODADO	QUILOMETRAGEM RODADA	1.250.010,00	15.000.120,00
7	ATENÇÃO AMBULATORIAL - MÉDIA COMPLEXIDADE - ATENDIMENTOS, AÇÕES, SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	EXAMES/ ATENDIMENTOS	627.180,10	7.526.161,20
8	ATENÇÃO AMBULATORIAL - ALTA COMPLEXIDADE - ATENDIMENTOS, AÇÕES, SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	EXAMES/ ATENDIMENTOS	1.183.795,54	14.205.546,48
9	Modalidade HOSPITAL-DIA/ Cirurgia Ambulatorial	CIRURGIAS/ PROCEDIMENTOS	76.577,88	918.934,56
10	SERVIÇO DE ATENÇÃO HOSPITALAR - CLÍNICA E CIRÚRGICA - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	PACIENTE-DIA	2.342.546,94	28.110.563,28
11	SERVIÇO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS	PROCEDIMENTO	2.184,88	26.218,56
12	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO	PROCEDIMENTO	6.119,76	73.437,12
13	SERVIÇO DE ATENÇÃO MÉDICO DOMICILIAR E CUIDADOS PALIATIVOS (HOME CARE)	DIÁRIA	579.152,40	6.949.828,80
Total "Estimativa de Custeio"			11.661.780,97	139.941.371,64

Quadro 4 - Descrição do Serviço, Financeiro Estimado/Mensal e Financeiro Estimado/Anual - 2025
UNIDADE II: Hospital Regional Dr Antônio Fontes ANEXO I

ITEM	SERVIÇOS DE ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR - MC & AC	CRITÉRIO	FINANCEIRO ESTIMADO / MENSAL (R\$)	FINANCEIRO ESTIMADO/ ANUAL (R\$)
1	ÓRTESE, PRÓTESE, MATERIAIS ESPECIAIS (OPMEs)/ COMPATIBILIDADE	MATERIAIS	644.882,43	7.738.589,16

2	ÓRTESE, PRÓTESE, MATERIAIS ESPECIAIS (OPMEs)/ ALTO CUSTO (25% - Compatibilidade)	MATERIAIS	161.220,61	1.934.647,32
3	Diária de 10 (dez) Leito Complementar de UTI Neonatal Tipo II Não Habilitado - Recurso Fonte Estadual - R\$2.000,00/Diária	DIÁRIA	600.000,00	7.200.000,00
4	Diária de 10 (dez) Leito Complementar de UTI Pediátrico Tipo II Não Habilitado - Recurso Fonte Estadual - R\$2.000,00/Diária	DIÁRIA	600.000,00	7.200.000,00
5	Diárias de 16 (dezesesseis) Leito Complementar de UTI Adulto Tipo II, sendo 10 Habilitados e 6 Não Habilitado - RECURSO FONTE ESTADUAL - R\$2.000,00/Diária	DIÁRIA	872.907,00	10.474.884,00
6	10 Leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Adulto (UCI-a)	DIÁRIA	125.100,00	1.501.200,00
7	15 Unid. de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo)	DIÁRIA	243.000,00	2.916.000,00
8	5 Unid. de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa)	DIÁRIA	67.500,00	810.000,00
9	SERVIÇO DE NEFROLOGIA (Sessões de Hemodiálise) em Clínica e UTI Adulto Tipo II	SESSÃO	127.396,80	1.528.761,60
10	SERVIÇO DE TRANSPORTE TERRESTRE SUPORTE BÁSICO (TIPO B) E SUPORTE AVANÇADO (TIPO D) KM RODADO	QUILOMETRAGEM RODADA	96.772,50	1.161.270,00
11	ATENÇÃO AMBULATORIAL - MÉDIA COMPLEXIDADE - ATENDIMENTOS, AÇÕES, SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	EXAMES/ ATENDIMENTOS	183.382,21	2.200.586,52
12	ATENÇÃO AMBULATORIAL - ALTA COMPLEXIDADE - ATENDIMENTOS, AÇÕES, SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	EXAMES/ ATENDIMENTOS	918.797,27	11.025.567,24
13	Modalidade HOSPITAL-DIA/ Cirurgia Ambulatorial	CIRURGIAS/ PROCEDIMENTOS	52.223,22	626.678,64
14	ATENÇÃO HOSPITALAR - CLÍNICA E CIRÚRGICA - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	PACIENTE-DIA	1.640.486,12	19.685.833,44
15	SERVIÇO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS	PROCEDIMENTO	2.184,88	26.218,56
16	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO	PROCEDIMENTO	6.119,76	73.437,12
17	SERVIÇO DE ATENÇÃO MÉDICO DOMICILIAR E CUIDADOS PALIATIVOS (HOME CARE)	DIÁRIA	579.152,40	6.949.828,80
Total "Estimativa de Custeio"			6.921.125,20	83.053.502,40

4.1. O montante estimado do orçamento para o custeio mensal das ações, serviços/atividades assistenciais a serem executados nas Unidades Hospitalares, **UNIDADE I e UNIDADE II** é de **R\$ 18.582.906,16 (dezoito milhões, quinhentos e oitenta e dois mil, novecentos e seis reais e dezesseis centavos)**. O montante global estimado para o período de 36 meses de vigência contratual é de **R\$ 668.984.621,74 (seiscentos e sessenta e oito milhões, novecentos e oitenta e quatro mil, seiscentos e vinte e um reais e setenta e quatro centavos)**, para custeio das despesas das unidades para execução das ações e serviços de saúde.

V. FORMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES/PROJETOS E CUMPRIMENTO DAS METAS A ELES ATRELADOS

5. A execução das atividades/projetos se dará por meio de metodologias padronizadas e alinhadas às normas e diretrizes da SES/MT, garantindo a integração tecnológica, a capacitação constante das equipes e a implementação de processos de controle e monitoramento.

5.1. Para a execução das atividades/projetos será necessária:

- Implementação dos projetos seguindo metodologias padronizadas e orientadas por protocolos operacionais e estratégicos;
- Integração de sistemas de informação (como HIS e AGHUse) para garantir a precisão dos registros e facilitar o monitoramento dos indicadores;
- Adoção de ferramentas práticas, como *checklists* e manuais, que permitam aos gestores acompanhar a execução diária e identificar desvios para ações corretivas imediatas;

- Estabelecimento de cronogramas e divisão clara de responsabilidades entre as equipes operacionais e estratégicas, assegurando que cada ação esteja alinhada às metas definidas;
- Realização de reuniões periódicas para análise dos resultados e revisão das estratégias de execução, possibilitando ajustes rápidos e melhoria contínua dos processos.

5.2. O processo de contratação ocorrerá por meio do Chamamento Público da SES/MT, seguindo a legislação aplicável, incluindo a Lei Complementar Estadual n.º 583/2017 e os Decretos n.º 764/2024/MT e n.º 934/2024/MT.

5.3. O modelo de gestão por OSS possibilitará maior autonomia administrativa, agilidade na aquisição de insumos e equipamentos, flexibilidade na contratação de profissionais e rapidez na tomada de decisões. Além disso, reduz custos operacionais e aprimora a utilização dos recursos públicos, sempre garantindo a gratuidade e equidade no acesso aos serviços do SUS.

5.4. A execução será acompanhada por meio de Contrato de Gestão, com metas de produção, indicadores de desempenho e mecanismos de monitoramento, controle, avaliação e fiscalização. A OSS estará sujeita à supervisão da SES/MT e dos órgãos de controle, assegurando a qualidade e efetividade dos serviços prestados.

5.5. O Estado permanecerá responsável pela definição das políticas de saúde, garantindo a transparência na gestão e a participação social no acompanhamento dos resultados. A parceria com a OSS possibilita a modernização da administração pública, assegurando atendimento humanizado e resolutivo à população.

5.6. A adoção desse modelo representa um avanço estratégico para a gestão da saúde no Estado de Mato Grosso, promovendo maior eficiência e qualidade nos serviços hospitalares.

VI. DEFINIÇÃO DOS PARÂMETROS A SEREM UTILIZADOS PARA A AFERIÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS

6. O cumprimento das metas será aferido por parâmetros de desempenho, como indicadores de qualidade (satisfação dos usuários do SUS, taxa de absenteísmo, tempo de espera, taxa de ocupação hospitalar, entre outros), auditorias regulares e a conformidade com os dispositivos legais e normativos vigentes. Esses indicadores permitem uma mensuração objetiva dos resultados, possibilitando ajustes e aprimoramentos contínuos na prestação dos serviços, conforme descrito no **ANEXO C do Plano de Trabalho – INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE** e considerando:

- Utilização dos KPIs definidos para mensuração quantitativa e qualitativa do desempenho dos serviços hospitalares;
- Estabelecimento de *benchmarks* e metas mínimas de desempenho, considerando os objetivos operacionais e estratégicos da unidade;
- Monitoramento periódico dos indicadores por meio de relatórios que consolidam os dados (diários, semanais, mensais, trimestrais e anuais) para análise de tendências;
- Aplicação dos critérios de aceite definidos para cada KPI, permitindo avaliações binárias (cumpriu/não cumpriu) e análises qualitativas detalhadas;
- Consolidação dos resultados em relatórios estratégicos, que servirão de base para a tomada de decisões e para a implementação de ações corretivas e de melhoria;
- Integração dos parâmetros com sistemas de informação e bases de dados que garantirão a confiabilidade e a transparência dos processos de avaliação, conforme previsto nos documentos de referência.

ANEXO A DO PLANO DE TRABALHO

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE AÇÕES E SERVIÇOS / ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

1. DIRETRIZES E OBRIGAÇÕES

1.1. Este anexo tem como objetivo detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos com abordagem dos seguintes segmentos:

(1) Especificações Técnicas

(2) Descritivo de Serviços com as premissas técnicas de execução e metas quantitativas.

(3) Indicadores e Metas de Qualidade/ Desempenho mínimos para mensurar a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender às seguintes exigências para a Gestão Hospitalar:

1.2.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

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

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

1.2.4. Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

1.2.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia “Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso”, bem como, os logotipos do SUS e do Hospital;

1.2.5.1. É vedado à CONTRATADA o uso de quaisquer símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas **que não tenham sido previamente autorizados pela CONTRATANTE**, em placas, outdoors, papéis gráficos, convites, eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens), inclusive aqueles cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Mato Grosso.

1.2.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde- SES/MT e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários do SUS, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no HOSPITAL, observando, contudo às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente;

1.2.7. Será de inteira responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita **que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP** <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp> ou outra tabela que vier a substituí-la.

1.2.7.1. Na hipótese de prescrição de itens não constantes da Tabela SUS-SIGTAP, o PARCEIRO PRIVADO deverá, obrigatoriamente, comunicar formalmente o fato à SES/MT e obter sua anuência prévia, condição indispensável para o ressarcimento ou reconhecimento da despesa.

- 1.2.7.2.** Em caráter excepcional e previamente autorizado, a SES/MT poderá ressarcir valores pagos pelo PARCEIRO PRIVADO em decorrência do fornecimento dos itens referidos, desde que observadas as condições previstas neste instrumento.
- 1.2.7.3.** A SES/MT reserva-se o direito de reter ou compensar os valores devidos a título de ressarcimento nos repasses mensais, obedecido o devido processo administrativo e a garantia do contraditório e da ampla defesa.
- 1.2.8.** Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao usuário do SUS por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;
- 1.2.9.** Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao usuário do SUS ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;
- 1.2.10.** Consolidar a imagem do hospital como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários do SUS, primando pela melhoria na qualidade da assistência;
- 1.2.11.** Estabelecer, implementar e disponibilizar “on line” à SES/MT o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da Resolução RDC ANVISA 02 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;
- 1.2.11.1.** Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.
- 1.2.12.** Receber a cessão os 2 (dois) imóveis do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes (Unidade I e Unidade II), exclusivamente para fins de gestão da unidade hospitalar, ficando responsável pela conservação, manutenção e reparação dos imóveis e bens materiais, arcando com os custos relacionados ao uso dos imóveis, incluindo impostos, taxas e consumo de água e energia.
- 1.2.13.** Realizar o inventário de bens permanentes em conjunto com a SES/MT no início da vigência do contrato para registro patrimonial e, ao final, proceder um novo inventário para assegurar a restituição de todos os bens ao Estado, em conformidade com as condições estabelecidas no contrato.
- 1.2.14.** Devolver à Secretaria de Estado da Saúde (SES/MT), ao término da vigência do contrato, toda a área, equipamentos, instalações e utensílios objeto do contrato, em perfeitas condições de uso, salvo o desgaste natural decorrente do tempo, conforme estabelecido no Termo de Permissão de Uso;
- 1.2.15.** Dispor da informação oportuna dos usuários do SUS atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome, nome da mãe, data de nascimento, Cartão Nacional de Saúde - CNS (“Cartão do SUS”), CPF, RG e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;
- 1.2.16.** Em relação aos direitos dos usuários do SUS, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:
- a) Manter sempre atualizado o prontuário dos usuários do SUS e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.
 - b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.
 - c) Respeitar a decisão do usuário do SUS ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade.
 - d) Justificar ao usuário do SUS ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

- e) Permitir a visita ao usuário do SUS internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).
 - f) Esclarecer aos usuários do SUS sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.
 - g) Respeitar a decisão do usuário do SUS ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal.
 - h) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários do SUS, em cumprimento a [Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018](#).
 - i) Assegurar aos usuários do SUS o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente, por ministro de qualquer culto religioso.
 - j) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral no Hospital, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.
 - k) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários do SUS.
 - l) Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso.
 - m) Fornecer ao usuário do SUS, por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:
 - Nome do usuário do SUS.
 - Data de nascimento.
 - Nome completo da mãe.
 - Nome do Hospital.
 - Localização do Hospital (endereço, município, estado).
 - Motivo da internação (CID-10).
 - Data de admissão e data da alta hospitalar.
 - Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
 - Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.
 - O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".
 - Colher a assinatura do usuário do SUS, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.
 - Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário do SUS, observando-se as exceções previstas em lei.
- 1.2.17.** Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário do SUS internado como do ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde- SES/MT;
- 1.2.18.** Garantir o pleno acesso da Ouvidoria SUS aos usuários do SUS e acompanhantes atendidos nas Unidades Hospitalares;
- 1.2.19.** Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuário do SUS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis;
- 1.2.20.** Instalar um Serviço de Atendimento ao usuário do SUS de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde- SES/MT, devendo ser implantado independentemente do serviço de Ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde (SUS);
- 1.2.21.** Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário do SUS a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde-SES/MT, relatório dos encaminhamentos ocorridos no momento da supervisão;

- 1.2.22.** Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física das Unidades Hospitalares, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde- SES/MT;
- 1.2.23.** Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos neste instrumento e seus anexos;
- 1.2.24.** Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários do SUS, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com o Complexo Regulador Estadual /SES-MT e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais das unidades hospitalares;
- 1.2.25.** Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Central de Regulação Estadual /SES-MT, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes;
- 1.2.26.** Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico;
- 1.2.27.** Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da Resolução RDC ANVISA 02, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943;
- 1.2.28.** Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o Hospital na Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;
- 1.2.29.** Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;
- 1.2.30.** Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e login do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte da Secretaria de Estado de Saúde- SES/MT. O acesso ao *software* não desobriga o PARCEIRO PRIVADO à encaminhar os relatórios trimestrais com as informações acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde;
- 1.2.31.** Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o PARCEIRO PRIVADO deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025;
- 1.2.32.** O PARCEIRO PRIVADO deverá implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde, garantindo a criação de um repositório único de informações. Esse repositório servirá como instrumento de gestão, controle e suporte à tomada de decisão sobre os recursos empregados nas atividades operacionais, além de viabilizar a prestação de contas à Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso em relação ao contrato de gestão firmado;
- 1.2.33.** O *rol* de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade Hospitalar deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:
- Lei Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

- Lei Nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Lei Nº. 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- Lei Nº. 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do país.
- Norma Regulamentadora MTE Nº. 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- Portaria de Consolidação Nº. 3 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE),
- Resolução RDC ANVISA Nº. 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- Resolução RDC ANVISA Nº. 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue.
- Portaria de Consolidação Nº. 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - CAPÍTULO II- Do Sangue, Componentes e Hemoderivados;
- Portaria de Consolidação Nº. 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.
- Portaria GM/MS Nº. 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.
- Portaria SVS/MS Nº. 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- Portaria de Consolidação Nº 4 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
- Resolução RDC ANVISA Nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.
- Resolução RDC ANVISA Nº. 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).
- Resolução COFEN Nº 736 de 17 de Janeiro de 2024, que dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem.
- Resolução RDC ANVISA Nº. 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXIV Política Nacional de Atenção Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º).
- Portaria MS nº 1631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. 4.5.20. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNHAH) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde-Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade - Anexo XXXI.
- Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017-Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde-Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Seção V.

- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.
- Resolução RDC ANVISA Nº. 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
- Resolução CFM Nº. 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- Resolução RDC ANVISA Nº. 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- Portaria de Consolidação nº 3 - de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo.
- Portaria Nº. 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia.
- Resolução RDC ANVISA Nº. 63/2011, de 25/11/2011, Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde;
- Resolução RDC ANVISA Nº. 2/2011, de 25/01/2010, Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde;
- Resolução RDC ANVISA Nº. 20/2014, de 10/04/2014, Dispõe sobre o regulamento sanitário para o transporte de material biológico humano;
- Resolução CFM Nº. 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.
- Portaria N.º 1.399, de 17 de dezembro de 2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.
- Portaria N.º 1.032 de 05 de maio de 2010, Tabela de Procedimentos, Próteses, Órteses, Medicamentos, e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Resolução N.º 162 de 2015 e N.º 163 de 2015 do Conselho Federal de Odontologia (CFO), que versa sobre a atuação do Cirurgião Dentista em ambiente hospitalar.
- Portaria GM/MS N.º 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha.
- Portaria GM/MS N.º 1.683, de 12 de julho de 2007, aprova as Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru.
- Resolução RDC ANVISA N.º 920, de 19 de setembro de 2024 (*) Dispõe sobre o Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, Art. 1º Esta Resolução tem como objetivo estabelecer padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente.
- Portaria GM/MS n.º 5.350 e Portaria GM/MS n.º 5.359 de 12 de setembro de 2024, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne.
- Portaria N.º 930, de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2.34. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

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

1.2.36. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares (**UNIDADE I e UNIDADE II**), consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

1.2.37. Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:

- 1.2.37.1.** Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos usuários do SUS internados, em conformidade com o perfil das unidades e atendendo à legislação vigente, incluindo os respectivos registros;

- 1.2.37.2.** Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-MT e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como a legislação vigente.
- 1.2.37.3.** Atender às necessidades terapêuticas dos usuários do SUS, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional.
- 1.2.37.4.** Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas à hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES-MT com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES-MT em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-MT;
- 1.2.37.5.** Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para a realização dos procedimentos hemoterápicos/hematológicos, com quantitativo compatível para o perfil das unidades e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo MT HEMOCENTRO/SES-MT Coordenador Estadual (seu fornecedor de hemocomponentes) e/ou pela SES-MT. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins, com vistas a garantir a qualidade dos procedimentos na assistência hemoterápica e hematológica.
- 1.2.37.6.** Executar os procedimentos necessários para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionam com as unidades.
- 1.2.37.7.** Identificar as necessidades de treinamento dos servidores, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento, definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).
- 1.2.37.8.** Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações relacionados à assistência hemoterápica e hematológica, conforme a necessidade em função dos procedimentos realizados.
- 1.2.37.9.** Possuir rotinas e protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, relacionados à assistência hemoterápica e hematológica, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico.
- 1.2.37.10.** Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao HEMOCENTRO/SES-MT.
- 1.2.37.11.** Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES-MT no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.
- 1.2.37.12.** Possuir e/ou participar do Comitê Transfusional Multidisciplinar do HEMOCENTRO/SES-MT.
- 1.2.37.13.** Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos usuários do SUS e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.
- 1.2.37.14.** Respeitar a decisão do usuário do SUS ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.
- 1.2.37.15.** Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários do SUS, atendendo a legislação vigente.
- 1.2.37.16.** Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do HEMOCENTRO/SES-MT e da Coordenação da Hemorrede/SES-MT, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e/ou descarte de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SES-MT.
- 1.2.37.17.** Atender aos requisitos e protocolos estabelecidos pelo HEMOCENTRO/SES-MT, de acordo com a legislação, para o adequado fornecimento e uso de hemocomponentes.

- 1.2.37.18.** Dispor dos insumos e materiais necessários ao adequado uso dos hemocomponentes fornecidos e realização dos procedimentos transfusionais.
- 1.2.38.** Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da Administração Pública e conforme os Princípios e Diretrizes do SUS.
- 1.2.39.** Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas, Comitês e Núcleos:
- 1) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar CCIH;
 - 2) Comissão de Residência Médica (COREME);
 - 3) Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
 - 4) Comissão de Humanização;
 - 5) Comissão de Cuidados Paliativos;
 - 6) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
 - 7) Comissão Local de Saúde do Trabalhador - CLST;
 - 8) Comissão de Ética Médica;
 - 9) Comissão de Ética de Enfermagem/Multiprofissional;
 - 10) Comissão de Documentação Médica e Estatística;
 - 11) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
 - 12) Comissão de Revisão de Óbitos;
 - 13) Comissão de Gerenciamento de Risco;
 - 14) Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos;
 - 15) Comissão de Farmácia e Terapêutica;
 - 16) Comissão de Padronização de Produtos Para Saúde;
 - 17) Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele;
 - 18) Comissão de Proteção Radiológica;
 - 19) Comissão de Biossegurança;
 - 20) Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante - CIHDOTT;
 - 21) Comissão de Gerenciamento de Resíduos;
 - 22) Comissão de Análise de Óbitos Maternos, Fetais e Neonatais;
 - 23) Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
 - 24) Comitê de *Compliance*;
 - 25) Comitê de Ética em Pesquisa;
 - 26) Comitê de Transfusional;
 - 27) Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
 - 28) Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar - NAQH;
 - 29) Núcleo Interno de Regulação – NIR;
 - 30) Núcleo de Vigilância Hospitalar de Epidemiologia – NVHE;
 - 31) Núcleo de Qualidade e Acreditação Hospitalar;
 - 32) Núcleo Especializado em Tratamento da Dor;
 - 33) Núcleo de Educação Permanente em Saúde
 - 34) Núcleo de Engenharia Clínica e Núcleo de Manutenção Geral.
- 1.2.40.** Dispor das Comissões Clínicas, Comitês e Núcleos Hospitalares considerando minimamente o detalhamento a seguir:
- 1) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar CCIH (UNIDADE I e UNIDADE II)**
- a) Deverá atender a Lei nº.9431 de 6 de janeiro de 1997, Portaria MS nº. 2616 de 12 de maio de 1998 e Instrução Normativa nº. 4 de 24 de fevereiro de 2010;
 - b) Portaria GM/MS nº.2.616 de 12 de maio de 1998 – estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares;
 - c) Resolução RDC ANVISA n ° .48 de 2 de junho de 2000. Institui o Roteiro de Inspeção do Programa de controle de infecção hospitalar;

2) Comissão de Residência Médica (COREME) - (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) A Comissão de Residência Médica é a responsável por oferecer dentro do serviço condições adequadas para a boa formação do médico residente, sendo ela a responsável pela aprovação do corpo de preceptores e, em última instância, de fazer cumprir as Resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica CNRM. Sua constituição e atribuições são encontradas nos Artigos 22 a 26 da Resolução CNRM 02/2005 de 07 de julho de 2005 e Resolução 02/2013 de 03 de julho de 2013.
- b) A Comissão deve ser integrada por profissionais de elevada competência ética e profissional, portadores de títulos de especialização devidamente registrados no Conselho Federal de Medicina ou habilitados ao exercício da docência em Medicina (Artigos 22 a 26 Resolução CNRM 02/2005 de 07 de julho de 2005).
- c) A COREME é um órgão colegiado constituído por: 1 (um) coordenador e um vice-coordenador; 1(um) representante do corpo docente por programa de residência médica credenciado junto à Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM; 1 (um) representante da instituição de saúde; e 1 (um) representante dos médicos residentes por programa de residência médica. (Artigo 2º. da Resolução CNRM 02/2013 de 07 de julho de 2013)
- d) Dentre suas funções/atribuições: de acordo com as normas legais vigentes planejar, coordenar, supervisionar as atividades, selecionar candidatos e avaliar o rendimento dos alunos dos vários Programas da Instituição (Artigos 22 a 26 Resolução CNRM 02/2005 de 07 de julho de 2005 e Artigos 13 a 15 da Resolução CNRM 02/2006 de 17 de maio de 2006; Artigo 3º. da Resolução CNRM 02/2013 de 03 de julho de 2013);

3) Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) - (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) A Comissão de Residência Multiprofissional desempenha um papel crucial na organização e gestão dos programas de residência multiprofissional em saúde nos hospitais públicos do SUS. Essa comissão é responsável por garantir a qualidade da formação dos residentes, a adequação dos programas às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e o cumprimento das normas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), (Portaria Interministerial MEC/MS nº 7, de 16 de setembro de 2021, que dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS de que trata o art. 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005).
- b) A composição inclui: **coordenador**: 1 (um) profissional com experiência em ensino e gestão, geralmente um médico ou outro profissional de saúde com título de especialista; **Representantes das diferentes áreas de conhecimento** (Profissionais das diversas áreas envolvidas no programa de residência, como enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, serviço social, dentre outras), **Representantes da instituição** (Profissionais da instituição de ensino, da gestão do hospital e, em alguns casos, dos residentes).
- c) Principais atribuições da Comissão:
 - **Planejamento e Organização:**
 - **Definição da estrutura curricular:** Estabelece as disciplinas teóricas e práticas, estágios e atividades complementares dos programas.
 - **Elaboração do cronograma:** Criar um calendário detalhado das atividades e acompanhar sua execução.
 - **Seleção de profissionais:** Escolha dos preceptores e supervisores, garantindo sua qualificação e experiência.
 - **Acompanhamento dos residentes:** Oferecer orientação e suporte aos residentes durante todo o programa.
 - **Avaliação:**
 - **Avaliação do desempenho:** Acompanhar o desenvolvimento dos residentes por meio de avaliações periódicas.

- o **Avaliação dos programas:** Analisar a qualidade dos programas, identificando pontos fortes e fracos.
- o **Proposição de melhorias:** Sugerir ajustes nos programas para otimizar o processo de formação.
- **Articulação:**
 - o **Parcerias:** Estabelecer parcerias com instituições de ensino e pesquisa para troca de experiências e desenvolvimento de projetos.
 - o **Articulação com gestores:** Buscar recursos e infraestrutura para os programas junto aos gestores do hospital.
 - o **Representação:** Representa os programas de residência em eventos e fóruns.
- **Garantia da Qualidade:**
 - o **Cumprimento de normas:** Assegurar que os programas sigam as normas do MEC e MS.

4) Comissão de Humanização (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) A Comissão de Humanização terá como objetivo criar e sustentar espaços de comunicação, treinamento e divulgação dos princípios da humanização do cuidado em saúde, conforme disposto na
- Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.
 - Portaria SAS/MS nº.202 de 19 de junho de 2001 - estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos **hospitais do Sistema Único de Saúde;**
 - Portaria SES nº.177 GBSES/MT, de 21 de agosto de 2006, Art. 1º Implantar o Serviço de Humanização no Ambiente Hospitalar, através do Projeto “Saúde com Alegria”, vinculado a Gerência de Humanização/SES-MT.
- b) O PARCEIRO PRIVADO deverá criar um Plano Institucional de Humanização (PIH) pautado em:
- Desenvolvimento de ações para atender as diretrizes da PNH o: acolhimento, defesa dos direitos dos usuários etc.);
 - Promoção de ações para fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a grupalidade e o cuidado ampliado;
 - Análise de informações expressas na voz do usuário e do profissional (Ouvidoria, Serviços de Atendimento ao Usuário, Pesquisa de Satisfação, dispositivos de gestão participativa etc.);
 - Desenvolvimento de estratégias que favoreçam a integração da unidade aos demais serviços de saúde da região;
 - Incorporação do PIH ao planejamento institucional da unidade.

5) Comissão de Cuidados Paliativos (UNIDADE I)

- a) A Comissão de Cuidados Paliativos terá como objetivo promover cuidados paliativos gerais e/ou especializados aos pacientes complexos com doenças graves que ameacem a continuidade da vida, conforme a Política Nacional de Cuidados Paliativos, aprovada pela Resolução CNS nº.729, de 07 de dezembro de 2023, que aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP) - Publicado no DOU em: 15/01/2024, Edição: 10, Seção: 1, Página: 46.

- b) O atendimento em cuidados paliativos para estes pacientes deve prevenir e aliviar o sofrimento, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.
- c) O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de uma equipe multiprofissional especializada em cuidados paliativos (com especialização em cuidados paliativos em nível de graduação ou pós-graduação).
- d) A demanda relacionada aos cuidados de usuários do SUS que apresentam a indicação da abordagem de cuidados paliativos não deverá ser suprida apenas pela mão de obra especializada, sendo necessária a capacitação de todos os profissionais de saúde em conhecimentos gerais para esse cuidado.
- e) Todo profissional de saúde deve ser responsável por atender às necessidades de pessoas com doenças ameaçadoras à vida e a abordagem em cuidados paliativos gerais. Aos profissionais especialistas deverão ser reservadas as funções de assistência a casos complexos, gerenciamento de indicadores, educação e capacitação de outros profissionais.

6) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, criada pela Norma Regulamentadora nº. 05-MT, e de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, também deve estar presente em todas unidades de saúde, públicas ou privadas:
 - São obrigadas a manter os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do trabalho (SESMT) e as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) as empresas privadas e públicas (incluindo os hospitais) que possuem empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).
- b) São responsabilidades inerentes à CIPA e SESMT:
 - Zelar pela saúde e integridade física do trabalhador;
 - Revisar todos os acidentes envolvendo visitantes, pacientes e funcionários, bem como manter relatórios e estatísticas de todos os danos;
 - Investigar e analisar acidentes, recomendando medidas preventivas e corretivas para evitá-los;
 - Apoiar a área gerencial como consultor na área de segurança do trabalho e atividades afins;
 - Coordenar e treinar a equipe de Brigada Contra Incêndio, bem como a população envolvida em situações de incêndio.
- c) Deverá dispor de Serviço de Engenharia e Segurança em Medicina do Trabalho SESMT, de acordo com as legislações vigentes, <https://www.saude.mt.gov.br/unidade/comissao-local-da-saude-do-trabalhador/33/legislacao>

7) Comissão Local de Saúde do Trabalhador - CLST (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) Deverá dispor de Comissão Local de Segurança no Trabalho. É um instrumento que os trabalhadores dispõem para tratar sobre a prevenção de acidentes do trabalho, bem como das suas condições e ambiente de trabalho em todos os aspectos que afetam a saúde e segurança do servidor, empregadores, trabalhadores e técnicos da área de saúde para uma melhor compreensão e aproveitamento da Norma Regulamentadora Nº. 32, Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, publicada em 2005, e de acordo com as demais legislações vigentes, <https://www.saude.mt.gov.br/unidade/comissao-local-da-saude-do-trabalhador/33/legislacao>

8) Comissão de Ética Médica (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) As Comissões de Ética Médica têm origem a partir da Resolução CFM nº 1.215/1985, posteriormente alterada pelas Resoluções CFM nº.1.657/2002 e CFM nº.1.812/2007.
- b) Atualmente, as Comissões de Ética Médica são regidas pela Resolução CFM nº.2.152/2016 onde, em anexo, se encontra o Regulamento das Comissões de Ética.

- c) Esse documento estabelece que “todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas sob cuja égide se exerça a Medicina, em todo território nacional, devem possuir Comissão de Ética Médica, devidamente registrada nos Conselhos Regionais de Medicina, formada por médicos eleitos, integrantes do corpo clínico”.
- d) As Comissões de Ética Médica são órgãos de apoio dos trabalhos do CRM dentro das Instituições de Saúde, e tem funções INVESTIGATÓRIAS, EDUCATIVAS e FISCALIZADORAS do desempenho ético da Medicina (Art.5º, Resolução CFM nº 2.152/2016). Seus atos são restritos ao Corpo Clínico da Instituição de Saúde, à qual está vinculado o seu registro, sendo subordinadas e vinculadas ao correspondente Conselho Regional de Medicina (Art. 2º, § 2º e § 3º da Resolução CFM nº. 2.152/2016).

9) Comissão de Ética de Enfermagem/Multiprofissional (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) A Comissão de Ética de Enfermagem/Multiprofissional, funciona como órgãos representativos do conselho nas instituições de saúde;
- b) Atuam como mediadoras buscando soluções que sejam éticas e adequadas para todas as partes envolvidas. Também têm a função de zelar pelo cumprimento das normas e princípios éticos da enfermagem, promovendo a qualidade da assistência prestada pelos profissionais.

10) Comissão de Documentação Médica e Estatística (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de Comissão de Documentação Médica e Estatística instituída, em funcionamento para garantir a qualidade da assistência prestada, a segurança dos pacientes e a conformidade com as normas éticas e legais, com atuação mínima como segue:
 - **Elaboração e Implementação de Diretrizes:** A Comissão de Documentação Médica e Estatística será responsável por formular diretrizes para a escolha e adoção de impressos utilizados na composição dos prontuários médicos dos pacientes atendidos no hospital.
 - **Orientação sobre Preenchimento de Documentos:** Orientará a maneira correta de preenchimento dos prontuários e demais documentos médicos, assegurando a conformidade com as normas éticas e legais estabelecidas.
 - **Supervisão do Arquivamento e Guarda de Documentos:** Supervisionará o arquivamento adequado e a guarda segura dos documentos médicos, garantindo a preservação e a confidencialidade das informações dos pacientes.
 - **Análise e Avaliação de Prontuários:** Analisará os prontuários médicos quanto aos aspectos éticos e legais, promovendo a qualidade e a precisão das informações registradas.
 - **Geração de Relatórios Estatísticos:** A partir dos dados coletados nos atendimentos médicos registrados nos prontuários, irá propor a geração de relatórios estatísticos que auxiliam no conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, além de subsidiar pesquisas em saúde.
 - **Capacitação e Educação Continuada:** Promoverá treinamentos e atividades educativas para os profissionais de saúde, visando aprimorar o preenchimento correto dos prontuários e a compreensão da importância da documentação médica precisa.
 - **Estabelecimento de Prazos de Guarda e Destinação de Documentos:** Definirá os prazos de guarda dos prontuários e outros documentos médicos, bem como sua destinação final, em conformidade com as legislações vigentes e as necessidades institucionais.
 - **Colaboração com Outras Comissões:** Trabalhará em estreita relação com outras comissões, como a Comissão de Ética Médica, para assegurar a integridade e a qualidade da documentação médica e dos processos assistenciais.

11) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) Atender a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº.1.638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.
- b) A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários é um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Geral do Hospital Estadual São Luiz. A Comissão deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverá discutir os resultados das avaliações realizadas.
- c) Os serviços prestados pela Comissão não serão remunerados, sendo considerado de relevante interesse público.
- d) A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo 1 (um) membro médico, 1 (um) membro enfermeiro e outro profissional da área de saúde: 1 (um) membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME), que serão nomeados pelo Diretor Técnico do Hospital, cuja presidência deverá ser exercida, exclusivamente, por um médico.
- e) São atribuições da Comissão de Análise e Revisão de Prontuário:
 - Registrar em formulário próprio a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:
 - Identificação do paciente em todos os impressos, termo geral de internação, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, consentimentos específicos quando necessários, tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;
 - Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;
 - Obrigatoriedade da avaliação médica e de enfermagem e registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora e do atendimento;
 - Preenchimento completo do sumário de alta; e
 - Ordenação do prontuário.
 - Recomendar a inclusão e exclusão de formulários, impressos e nos sistemas, bem como divulgar a necessidade de conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.
 - Assessorar a Coordenação Hospitalar do Hospital em assuntos de sua competência.
 - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.
 - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.
 - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes ao Hospital.
 - Coletar e processar os dados, proceder à análise estatística, divulgá-los e avaliá-los a cada trimestre.

12) Comissão de Revisão de Óbitos (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) A Comissão de Revisão de Óbitos constitui uma comissão de existência obrigatória – um dever legal. Pois, de fato, a revisão dos óbitos permite a identificação de desvios de qualidade nos serviços prestados, permite abertura de ações preventivas e corretivas que aumentam a segurança dos pacientes, estimula a melhoria contínua da estrutura, dos processos e da gestão hospitalar, repercutindo de forma positiva na redução da mortalidade institucional, importante ferramenta do Sistema de Gestão da Qualidade Hospitalar.

13) Comissão de Gerenciamento de Risco (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) A Comissão de Gerenciamento de Risco desempenha um papel crucial em qualquer instituição de saúde, mas assume uma importância ainda maior em hospitais públicos;
- b) Tem como objetivo principal identificar, analisar, avaliar e tratar os riscos que possam afetar a segurança dos pacientes, dos profissionais de saúde, a qualidade dos serviços prestados e a imagem da instituição. Suas ações visam prevenir incidentes, minimizar danos e garantir a conformidade com as normas e legislações vigentes.
- c) Principais atividades da Comissão:
 - Identificação de riscos: realizar um mapeamento sistemático dos riscos, tanto internos quanto externos, que podem impactar as atividades do hospital. Isso inclui riscos clínicos, operacionais, financeiros, legais e reputacionais.
 - Análise e avaliação de riscos: Após a identificação, os riscos são analisados em termos de probabilidade de ocorrência e de impacto potencial. Essa avaliação permite priorizar as ações de controle.
 - Implementação de medidas de controle: desenvolver e implementar planos de ação para mitigar os riscos identificados. Essas medidas podem envolver mudanças nos processos, treinamento de pessoal, aquisição de equipamentos, entre outras.
 - Monitoramento e avaliação: acompanhar a efetividade das medidas de controle implementadas e realizar avaliações periódicas para identificar novos riscos ou mudanças no cenário que possam exigir ajustes nos planos de ação.
 - Investigação de incidentes: Em caso de ocorrência de eventos adversos, conduzir investigações detalhadas para identificar as causas e implementar medidas corretivas.
 - Comunicação: estabelecer canais de comunicação eficazes com todos os envolvidos, incluindo pacientes, familiares, profissionais de saúde e gestores, para disseminar informações sobre os riscos e as medidas de controle.
- d) A gestão de riscos em serviços de saúde é um tema cada vez mais relevante e, no Brasil, diversas portarias ministeriais têm sido publicadas para orientar e normatizar essa prática. Essas normas buscam garantir a segurança dos pacientes, a qualidade dos serviços e a melhoria contínua dos processos.

14) Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos do Hospital é responsável pelo desenvolvimento e supervisão das políticas e práticas de utilização de medicamentos, materiais hospitalares e correlatos no hospital, possui como finalidade assegurar resultados clínicos satisfatórios e risco potencial mínimo (uso seguro e racional de medicamentos), materiais correlatos, impressos e formulários que estão inseridos nas atividades do Hospital.
- b) Terá composição multiprofissional e multissetorial, contando com a seguinte equipe operacional: Diretor Geral; Representantes do Suprimentos; Representantes da Farmácia; Diretor Técnico; Representantes da Enfermagem; Representantes Médico; Representante do SCIH.
- c) A eleição dos membros desta comissão se dará por indicação da Direção geral do Hospital, com validade indeterminada, sendo as cadeiras da comissão sempre preenchidas pelos ocupantes dos cargos representantes;
- d) Funcionamento/atribuições da Comissão:
 - Elaborar e atualizar periodicamente a padronização de medicamentos, materiais hospitalares e correlatos, assim como as instruções e normas para sua aplicação;
 - Fixar critérios para melhor seleção de medicamentos.
 - Promover estudos de custo-efetividade de medicamentos e insumos hospitalares;
 - Fomentar investigações sobre a utilização de medicamentos;

- Promover atividades de educação continuada para o uso seguro e racional de medicamentos, materiais hospitalares e correlatos;
- Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;
- Propor política de prescrição, dispensação e utilização de medicamentos, materiais hospitalares e correlatos;
- Informar ao setor responsável pelas Compras(Corporativo), através da ficha de queixa técnica, qualquer não conformidade apresentada nos medicamentos, materiais hospitalares e correlatos;
- Os eventos Adversos que ocorrerem durante a utilização dos medicamentos e alguns correlatos de aplicação direta ao paciente deverão ser notificados diretamente à ANVISA, por *site* próprio, e notificados na plataforma *Epimed* (notificação interna).
- Gerenciar e controlar as notificações de eventos adversos decorrentes do uso de quaisquer medicamentos e materiais hospitalares;
- Interagir com o grupo de trabalho de padronização, visando o alinhamento das políticas e práticas desenvolvidas e o compartilhamento dos resultados alcançados;
- Ao solicitar a inclusão no catálogo de MAT/MED do Hospital, deverá constar na justificativa o resultado dos critérios a serem considerados, a saber:
 - Necessidade real da instituição quando da aquisição do produto/marca em questão.
 - Viabilidade desta aquisição (custo x benefícios).
 - Possíveis substituições, caso tenha sido excluído algum produto para aquisição do novo.

15) Comissão de Farmácia e Terapêutica (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, considerada órgão consultivo e deliberativo, essencial na gestão de serviços de saúde, especialmente em instituições que operam sob contratos de gestão com OSS. Suas principais funções incluem:
 - **Seleção de Medicamentos:** Definir e atualizar periodicamente a lista de medicamentos padronizados, garantindo que sejam seguros, eficazes e atendam às necessidades terapêuticas da população atendida.
 - **Elaboração de Protocolos Terapêuticos:** Desenvolver diretrizes clínicas que orientem os profissionais de saúde na prescrição e uso racional de medicamentos, promovendo práticas baseadas em evidências científicas.
 - **Farmacovigilância:** Monitorar e avaliar continuamente a eficácia e segurança dos medicamentos utilizados, identificando e reportando reações adversas e eventos inesperados.
 - **Educação Continuada:** Promover treinamentos e atualizações para a equipe de saúde sobre o uso racional de medicamentos e novas terapias disponíveis.
- b) A atuação eficaz da Comissão de Farmácia e Terapêutica contribui para a otimização dos recursos, melhoria da qualidade da assistência farmacêutica e promoção da segurança dos pacientes.

16) Comissão de Padronização de Produtos para Saúde (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde, que é órgão interno multidisciplinar responsável por estabelecer normas e critérios para a seleção, padronização e avaliação de produtos para saúde utilizados no hospital, assegurando a qualidade, segurança e eficácia desses materiais.
- b) **Principais atribuições:**
 - **Elaboração e Revisão de Padronizações:** Desenvolver e atualizar periodicamente a lista de produtos para saúde padronizados, uniformizando especificações técnicas e garantindo a conformidade com as necessidades assistenciais da instituição.

- **Análise Técnica de Produtos:** Avaliar propostas de inclusão, alteração ou exclusão de produtos, considerando aspectos como qualidade, desempenho, custo-benefício e adequação às normas sanitárias vigentes.
 - **Estabelecimento de Normas e Rotinas:** Definir diretrizes para o processamento, armazenamento e utilização dos produtos para saúde, visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.
 - **Educação e Treinamento:** Promover programas de capacitação para a equipe de saúde, disseminando boas práticas relacionadas ao uso e manejo dos produtos padronizados.
 - **Monitoramento e Avaliação:** Implementar sistemas de controle de qualidade e rastreabilidade dos produtos, além de analisar queixas técnicas e eventos adversos, adotando medidas corretivas quando necessário.
- c) Contribuir para a otimização dos recursos, melhoria da assistência prestada e garantia de conformidade com as regulamentações sanitárias, refletindo diretamente na qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes.

17) Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele, como composição multidisciplinar responsável por desenvolver e implementar estratégias que assegurem a manutenção da integridade cutânea dos pacientes, prevenindo e tratando lesões de pele.
- b) Principais atribuições da Comissão:
- **Desenvolvimento de Protocolos Assistenciais:** Elaboração e implementação de protocolos baseados em evidências científicas para a prevenção e tratamento de lesões de pele, como úlceras por pressão e dermatites associadas à incontinência.
 - **Educação Continuada:** Promoção de programas de capacitação para a equipe de saúde, disseminando boas práticas relacionadas ao cuidado com a pele e manejo de feridas.
 - **Monitoramento e Avaliação:** Implementação de sistemas para monitorar a incidência de lesões de pele, avaliando a eficácia das medidas preventivas e terapêuticas adotadas.
 - **Assessoria Técnica:** Fornecimento de consultoria especializada às equipes assistenciais, orientando sobre as melhores práticas para avaliação, intervenção e acompanhamento de pacientes com risco ou presença de lesões cutâneas.
 - **Padronização de Materiais e Equipamentos:** Participação na seleção e padronização de produtos e equipamentos utilizados na prevenção e tratamento de lesões de pele, garantindo qualidade e eficácia.
 - **Promoção da Segurança do Paciente:** Implementação de ações que visem à redução de eventos adversos relacionados a lesões de pele, contribuindo para a segurança e qualidade da assistência prestada.
- c) A atuação da Comissão deverá estar voltada para melhoria contínua da qualidade do cuidado, redução do tempo de internação e otimização dos recursos institucionais.

18) Comissão de Proteção Radiológica (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de Comissão de Proteção Radiológica (CPR) em funcionamento na Unidade hospitalar, conforme a legislação vigente:
- **Constituição da Comissão de Proteção Radiológica :** A Comissão deve ser composta por profissionais qualificados em radioproteção, incluindo médicos, físicos e técnicos especializados, conforme as diretrizes estabelecidas pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).
 - **Responsabilidades da Comissão:**
 - **Elaboração e implementação do Programa de Proteção Radiológica:** Desenvolver políticas e procedimentos para garantir a segurança no uso de radiações ionizantes.

- **Monitoramento da exposição ocupacional:** Acompanhar e registrar as doses de radiação recebidas pelos trabalhadores, assegurando que permaneçam dentro dos limites estabelecidos.
 - **Avaliação de equipamentos e instalações:** Realizar inspeções regulares para garantir que os equipamentos de radiologia e as áreas de trabalho atendam aos padrões de segurança.
 - **Treinamento contínuo:** Promover programas de capacitação para a equipe, visando à atualização constante em práticas seguras de radioproteção.
 - **Conformidade legal:** A atuação da CPR deve estar alinhada às normativas da CNEN e às resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), garantindo o cumprimento das exigências legais em radioproteção.
 - **Gestão de incidentes:** Estabelecer protocolos para a resposta imediata a eventos radiológicos, minimizando riscos e implementando medidas corretivas eficazes.
 - **Documentação e relatórios:** Manter registros detalhados de todas as atividades relacionadas à proteção radiológica e fornecer relatórios periódicos às autoridades competentes.
- b) A implementação eficaz da Comissão é fundamental para assegurar a segurança dos usuários do SUS, profissionais e do ambiente hospitalar em relação ao uso de radiações ionizantes.

19) Comissão de Biossegurança (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de Comissão de Biossegurança em funcionamento na Unidade hospitalar, conforme a legislação vigente:
- **Constituição da Comissão de Biossegurança:** A unidade hospitalar deverá instituir uma Comissão Interna de Biossegurança (CIBio), composta por profissionais capacitados em biossegurança, incluindo representantes das áreas de pesquisa, assistência e apoio técnico.
 - **Principais atribuições da Comissão:**
 - **Elaboração e implementação de normas internas:** Desenvolver e aplicar procedimentos operacionais padrão (POPs) que assegurem a manipulação segura de agentes biológicos, químicos e organismos geneticamente modificados (OGMs).
 - **Treinamento e capacitação:** Promover programas contínuos de educação e treinamento para todos os colaboradores, visando à conscientização e à adoção de práticas seguras no ambiente hospitalar.
 - **Monitoramento e fiscalização:** Supervisionar o cumprimento das normas de biossegurança, realizando inspeções regulares e avaliando possíveis riscos associados às atividades desenvolvidas.
 - **Gestão de resíduos:** Estabelecer diretrizes para o manejo adequado de resíduos biológicos e químicos, garantindo o descarte seguro e em conformidade com as regulamentações ambientais.
 - **Investigação de incidentes:** Analisar ocorrências relacionadas à exposição ou contaminação, implementando medidas corretivas e preventivas para evitar recorrências.
 - **Conformidade legal:** A atuação da **Constituição da Comissão de Biossegurança** deve estar alinhada às diretrizes estabelecidas pela Lei nº 11.105/2005, conhecida como Lei de Biossegurança, que regulamenta o uso de OGMs e institui mecanismos de fiscalização e segurança.
 - **Certificação de Qualidade em Biossegurança (CQB):** A unidade hospitalar deverá obter o CQB junto à Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), atestando a conformidade das instalações e práticas com as normas de biossegurança vigentes.
 - **Atualização contínua:** A **Comissão** deverá manter-se informada sobre as atualizações nas legislações e normativas relacionadas à biossegurança, adaptando as práticas institucionais conforme necessário para garantir a segurança de pacientes, profissionais e do meio ambiente.

- b) A implementação eficaz da Comissão de Biossegurança é essencial para assegurar um ambiente hospitalar seguro, minimizando riscos biológicos e químicos e promovendo a saúde coletiva

20) Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante - CIHDOTT (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) A CIHDOTT é uma Comissão Intra-hospitalar formada por equipe multiprofissional da área de saúde, que tem a finalidade de organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes.
- b) A CIHDOTT foi criada em atenção ao disposto na portaria nº 905/GM/MS de 16 de agosto de 2000, que determinou sua composição em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos.
- c) Em 2005, a portaria nº 1.752/GM de 23 de setembro de 2005, determinou a constituição da CIHDOTT em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.
- d) A portaria nº 2.600/GM/MS de 21 de outubro de 2009, que aprovou o regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplantes, trouxe novas definições de organização de CIHDOTT e definiu suas atribuições.
- e) Atribuições da CIHDOTT:
- Avaliar juntamente com a Direção Técnica do Hospital e a Coordenadoria de Transplantes - SUREG/SES-MT, a capacidade da instituição em recursos disponíveis, para diagnosticar e avaliar possíveis doadores de órgãos e tecidos para transplantes;
 - Definir junto com a Direção Técnica do Hospital e a Coordenadoria de Transplantes - SUREG/SES-MT, os indicadores de qualidade com base no número de prováveis e potenciais doadores de órgãos e tecidos, considerando suas características;
 - Articular-se com os setores externo e internos, visando ao cumprimento das rotinas e protocolos estabelecidos;
 - Identificar no Hospital, setores e profissionais envolvidos no diagnóstico de morte encefálica e manutenção do potencial doador, a fim de acompanhar e registrar todos os processos em curso, conforme protocolos estabelecidos pelo Sistema Nacional de Transplantes;
 - Elaborar rotinas internas que ofereçam aos familiares de pacientes falecidos no Hospital, a possibilidade de doação de órgãos e tecidos;
 - Promover programa de educação continuada para todos os profissionais do Hospital visando à devida compreensão no processo de doação de órgãos e tecidos;
 - Arquivar e guardar adequadamente documentos de indicadores qualitativos e quantitativos, apresentando-os mensalmente à Coordenadoria de Transplantes - SUREG/SES-MT.
 - Implantar no Hospital o “Espaço do Doador” para acolhimento e sensibilização dos familiares.

21) Comissão de Gerenciamento de Resíduos (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de Comissão de Gerenciamento de Resíduos em funcionamento na Unidade hospitalar, conforme a legislação sanitária vigente:
- **Constituição da Comissão de Gerenciamento de Resíduos:** A Comissão deverá ser uma equipe multiprofissional, instituída por portaria interna, composta por representantes de diversas áreas do hospital, como direção, enfermagem, farmácia, engenharia e serviços gerais.
 - **Principais atribuições da Comissão:**
 - Desenvolver um plano que abranja todas as etapas do manejo de resíduos, desde a geração até a disposição final, conforme as diretrizes da Resolução RDC nº. 222/2018 da ANVISA, objetivando a **elaboração e implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)**.

- Supervisionar o cumprimento das normas e procedimentos estabelecidos no PGRSS, realizando inspeções regulares e avaliando a eficácia das práticas adotadas, desenvolvendo o monitoramento e fiscalização.
- **Capacitação contínua:** Promover treinamentos periódicos para todos os colaboradores envolvidos no manejo de resíduos, garantindo a atualização e a conscientização sobre práticas seguras e sustentáveis.
- **Gestão de incidentes:** Estabelecer protocolos para a identificação e resposta a eventos adversos relacionados ao gerenciamento de resíduos, implementando medidas corretivas e preventivas.
- A atuação da Comissão deve estar alinhada às seguintes normativas:
 - Lei nº 12.305/2010: Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos, estabelecendo diretrizes para a gestão integrada e o gerenciamento ambientalmente adequado dos resíduos.
 - Resolução RDC nº 222/2018 da ANVISA: Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, detalhando as etapas e procedimentos a serem seguidos.
 - Resolução CONAMA nº 358/2005: Trata do tratamento e disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.
- Manter registros atualizados de todas as atividades relacionadas ao gerenciamento de resíduos, incluindo quantidades geradas, métodos de tratamento e destinação final, além de elaborar relatórios periódicos para as autoridades competentes.
- Implementar práticas que visem à redução na geração de resíduos, incentivo à reciclagem e reutilização, bem como a adoção de tecnologias limpas que minimizem os impactos ambientais, visando a **sustentabilidade e responsabilidade socioambiental**.
- A atuação eficaz da Comissão de Gerenciamento de Resíduos é fundamental para assegurar a saúde pública, a segurança dos trabalhadores e a proteção do meio ambiente, garantindo que o manejo dos resíduos hospitalares seja realizado de forma responsável e em conformidade com a legislação vigente.

22) Comissão de Análise de Óbitos Maternos, Fetais e Neonatais (UNIDADE II)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de **Comissão de Análise de Óbitos Maternos, Fetais e Neonatais** é uma estratégia essencial para aprimorar a qualidade da assistência à saúde e reduzir a mortalidade nessas populações. Essa comissão atua de forma interinstitucional e multiprofissional, com caráter consultivo, educativo, técnico e científico, visando analisar os óbitos ocorridos e propor medidas preventivas eficazes.
- **Objetivos da Comissão**
 - ➔ **Monitoramento Permanente:** Acompanhar continuamente os óbitos maternos, fetais e neonatais, identificando padrões e determinantes para orientar intervenções.
 - ➔ **Proposição de Diretrizes:** Sugerir políticas e ações que visem à redução dessas mortalidades, baseadas em análises detalhadas dos casos.
 - ➔ **Aperfeiçoamento da Assistência:** Identificar falhas nos serviços de saúde e propor melhorias para garantir atendimento de qualidade às gestantes e recém-nascidos.
 - ➔ **Articulação Intersetorial:** Promover a integração entre diferentes instituições e setores da sociedade para fortalecer as ações de prevenção e controle.
- A comissão deve ser composta por profissionais de diversas áreas, incluindo:
 - ➔ **Representantes da Saúde Pública:** Profissionais das secretarias de saúde e vigilância epidemiológica.
 - ➔ **Especialistas Médicos:** Ginecologistas, obstetras, pediatras e neonatologistas.
 - ➔ **Enfermeiros Especializados:** Profissionais com experiência em saúde materna e neonatal.
 - ➔ **Assistentes Sociais e Psicólogos:** Para avaliar aspectos socioeconômicos e oferecer suporte às famílias.

→ **Representantes da Sociedade Civil:** Membros de organizações não governamentais atuantes na área.

- **Atribuições Principais**

- **Análise dos Óbitos:** Estudar detalhadamente cada caso de óbito materno, fetal e neonatal, identificando causas e fatores contribuintes.
- **Recomendações Preventivas:** Elaborar propostas de intervenções baseadas nas análises realizadas, visando prevenir ocorrências semelhantes no futuro.
- **Educação Continuada:** Promover capacitações e atualizações para os profissionais de saúde, disseminando boas práticas e protocolos atualizados.
- **Elaboração de Relatórios:** Produzir documentos periódicos que sintetizem os achados e recomendações da comissão, servindo de base para políticas públicas.

- **Benefícios Esperados:**

- **Redução da Mortalidade:** Diminuição dos índices de óbitos maternos, fetais e neonatais por meio de intervenções direcionadas e eficazes.
- **Melhoria da Qualidade Assistencial:** Aperfeiçoamento dos serviços de saúde, garantindo atendimento seguro e humanizado.
- **Fortalecimento da Vigilância em Saúde:** Criação de um sistema robusto de monitoramento e resposta rápida a eventos adversos.
- **Engajamento Comunitário:** Maior participação da sociedade na discussão e implementação de ações de saúde, promovendo o controle social.

- A criação e o fortalecimento dessa comissão serão passos fundamentais para a promoção da saúde materno-infantil e para a construção de um sistema de saúde mais eficiente e equânime.

23) Comitê de Gerenciamento de Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de Comitê de Gerenciamento de Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar em funcionamento na Unidade hospitalar, considerando a legislação vigente:

- **Objetivo do Comitê:** Monitorar e acompanhar usuários do SUS com internações prolongadas, visando à racionalização do tempo de permanência hospitalar e à promoção de uma desospitalização segura e eficaz.
- **Composição Multidisciplinar:** O comitê deve ser formado por profissionais de diversas áreas, incluindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais e gestores de leitos, garantindo uma abordagem abrangente no cuidado ao paciente.
- Implementar estratégias para a identificação antecipada de usuários do SUS com potencial para internações prolongadas, desde o momento da admissão, permitindo intervenções oportunas.
- Desenvolver planos de alta personalizados, assegurando a continuidade do cuidado no domicílio ou em outras instituições, conforme a necessidade do usuário do SUS.
- Atuar em alinhamento com a Portaria nº 2.395/2011 do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para a organização de enfermarias de retaguarda de longa permanência, garantindo retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências.
- Promover treinamentos regulares para a equipe de saúde, focando em práticas que reduzam o tempo de internação e previnam complicações associadas à hospitalização prolongada.
- Estabelecer indicadores de desempenho para avaliar a eficácia das estratégias implementadas, permitindo ajustes e melhorias contínuas nos processos de cuidado.

- b) A atuação eficaz do Comitê de Gerenciamento de usuários do SUS internados com Risco para Longa Permanência Hospitalar é essencial para otimizar a utilização dos recursos hospitalares, melhorar a qualidade do atendimento e assegurar a segurança e bem-estar dos pacientes.

24) Comitê de *Compliance* (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) O Comitê de *Compliance* do Hospital deverá estar subordinado à Superintendência, tem a finalidade de implementar um conjunto de ações de controle para fortalecer a governança, observando as normas da administração pública e os princípios constitucionais, no sentido de contribuir para o cumprimento de metas, e alcance dos objetivos estratégicos e políticos de gestão de riscos e conformidade.
- b) Para além do seu caráter punitivo, a Lei nº 12.846/2013 atribui especial relevância às medidas anticorrupção adotadas por uma organização gestora de recursos públicos – como recursos do SUS –, que podem ser reconhecidas como fator atenuante em um eventual processo de responsabilização.
- c) O conjunto dessas medidas constitui o chamado Programa de Compliance, que consiste: “no âmbito de uma pessoa jurídica, no conjunto de mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades e na aplicação efetiva de códigos de ética e de conduta, políticas e diretrizes com objetivo de detectar e sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados contra a administração pública, nacional ou estrangeira” – artigo 41 do decreto nº 8.420/2015 que regulamenta a Lei 12.846/2013.
- d) Diante do conceito acima, verifica-se que o Comitê de Integridade Corporativa – Compliance”, tem como foco medidas anticorrupção a serem adotadas e/ou aperfeiçoadas no âmbito do Hospital, especialmente aquelas que visem à prevenção, detecção e remediação dos atos lesivos contra a administração pública nacional e estrangeira previstos na Lei nº 12.846/2013, em especial pela gestão de recursos do SUS no âmbito do Hospital.
- e) Com base no conhecimento do perfil e riscos do Hospital, deve-se elaborar ou atualizar o código de ética ou de conduta e as regras, políticas e procedimentos de prevenção de irregularidades; desenvolver mecanismos de detecção ou reportes de irregularidades (alertas ou *red flags*; canais de denúncia; mecanismos de proteção ao denunciante); definir medidas disciplinares para casos de violação e medidas de remediação. Para uma ampla e efetiva divulgação quanto a atuação do Comitê, bem como implantar Programa de Integridade, devendo-se também elaborar plano de comunicação e treinamento com estratégias para os diversos públicos.

25) Comitê de Ética em Pesquisa (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de Comitê de Ética em Pesquisa em funcionamento e atuação como segue:
- **Avaliação Ética de Pesquisas:** O Comitê de Ética em Pesquisa será responsável por revisar e aprovar protocolos de pesquisa que envolvem seres humanos, garantindo que atendam aos padrões éticos e legais estabelecidos.
 - **Proteção dos Participantes:** Assegurará que os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes sejam prioritários em todas as pesquisas conduzidas no hospital.
 - **Análise do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):** Verificará se o TCLE será claro e compreensível, garantindo que os participantes recebam todas as informações necessárias para uma decisão informada sobre sua participação.
 - **Monitoramento Contínuo:** Acompanhará o andamento das pesquisas aprovadas, garantindo conformidade com os padrões éticos ao longo de todo o estudo.
 - **Educação e Treinamento:** Promoverá a capacitação contínua dos pesquisadores e profissionais de saúde em ética em pesquisa, fortalecendo a cultura ética institucional.
 - **Conformidade Regulatória:** Assegurará que todas as pesquisas estejam em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais, bem como com as regulamentações específicas do hospital.

- **Transparência e Confidencialidade:** Manterá um equilíbrio entre a transparência dos processos de pesquisa e a confidencialidade das informações dos participantes.
 - **Interação com Órgãos Reguladores:** Comunicar-se-á com órgãos reguladores, como a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando necessário, especialmente em pesquisas de maior complexidade.
 - **Gestão de Conflitos de Interesse:** Identificará e gerenciará potenciais conflitos de interesse, garantindo a imparcialidade nas decisões relacionadas às pesquisas.
 - **Documentação e Arquivamento:** Manterá registros detalhados de todas as atividades, decisões e correspondências relacionadas às pesquisas, assegurando a rastreabilidade e a responsabilidade institucional.
- b) A atuação eficaz do Comitê de Ética em Pesquisa será essencial para garantir a integridade científica e ética das pesquisas realizadas no hospital, protegendo os participantes e fortalecendo a confiança da comunidade nos estudos conduzidos.

26) Comitê Transfusional (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de Comitê Transfusional em funcionamento na Unidade hospitalar, conforme a legislação vigente, especialmente a Portaria MS/GM nº 1.737, de 19 de agosto de 2004:
- **Objetivo do Comitê Transfusional:** Monitorar e avaliar continuamente as práticas hemoterápicas na instituição, assegurando a qualidade e a segurança das transfusões de sangue e hemocomponentes.
 - **Principais atribuições:**
 - **Uso racional do sangue:** Implementar estratégias que promovam a utilização adequada dos hemocomponentes, evitando transfusões desnecessárias e otimizando os recursos disponíveis.
 - **Atividades educacionais:** Organizar programas de educação continuada em hemoterapia para capacitar a equipe de saúde sobre as melhores práticas transfusionais.
 - **Hemovigilância:** Estabelecer sistemas de vigilância para identificar, registrar e analisar eventos adversos relacionados às transfusões, promovendo ações preventivas e corretivas.
 - **Elaboração de protocolos:** Desenvolver e atualizar regularmente protocolos e procedimentos operacionais padrão para orientar a rotina hemoterápica na instituição.
 - **Composição do Comitê:** Formado por uma equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais envolvidos no processo transfusional, garantindo uma abordagem abrangente e integrada.
 - Atuar em alinhamento com as diretrizes estabelecidas na Portaria MS/GM nº 1.737/2004, que dispõe sobre o fornecimento de sangue e hemocomponentes no Sistema Único de Saúde (SUS) e o ressarcimento de seus custos operacionais.
 - **Integração com serviços de hemoterapia:** Colaborar estreitamente com os serviços de hemoterapia e agências transfusionais, assegurando a implementação das políticas do sangue e a qualidade dos serviços prestados.
- b) A atuação eficaz do Comitê Transfusional é fundamental para garantir a segurança transfusional, promover o uso consciente dos recursos hemoterápicos e assegurar a qualidade no atendimento aos pacientes.

27) Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) - (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir e estabelecer um Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) no ambiente hospitalar, em funcionamento conforme as diretrizes estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), e pela Resolução RDC ANVISA nº 36, de 25 de julho de 2013, que define ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, com atuação e atribuições como segue:

- **Implantação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP):** O parceiro privado deverá criar uma estrutura dedicada a apoiar a direção institucional na implementação e gestão de ações de melhoria contínua da qualidade e segurança do paciente. Este núcleo será responsável por acompanhar, analisar e mitigar a ocorrência de eventos adversos na instituição, promovendo a integração dos setores e a articulação dos processos de trabalho que impactam nos riscos ao paciente.
- **Elaboração do Plano de Segurança do Paciente:** Desenvolverá um documento que identifique situações de risco e descreverá estratégias e ações para a gestão desses riscos, visando à prevenção e mitigação de incidentes durante todo o período de atendimento ao paciente. Este plano deve estar alinhado às diretrizes do PNSP e contemplar as especificidades do serviço de saúde.
- **Implementação dos Protocolos de Segurança do Paciente:** Adotará protocolos específicos que abordem áreas críticas da assistência à saúde, incluindo:
 - **Identificação Correta do Paciente:** Assegurará que cada paciente seja corretamente identificado para evitar erros em procedimentos e administração de medicamentos.
 - **Melhoria na Comunicação entre Profissionais de Saúde:** Estabelecerá canais e práticas que garantam a transmissão eficaz de informações entre a equipe de saúde.
 - **Segurança na Prescrição e Administração de Medicamentos:** Implementará medidas que reduzam o risco de erros relacionados a medicamentos.
 - **Garantia de Cirurgia Segura:** Confirmará o local de intervenção, o procedimento a ser realizado e a identidade do paciente antes de qualquer cirurgia.
 - **Higienização das Mãos:** Promoverá práticas adequadas de higiene das mãos para prevenir infecções.
 - **Redução de Riscos de Quedas e Lesões por Pressão:** Implementará estratégias para prevenir quedas e úlceras por pressão em pacientes internados.
- **Desenvolvimento de Estratégias para Cumprir as Metas Internacionais de Segurança do Paciente:** O NQSP deverá desenvolver e aplicar estratégias para atender às metas internacionais de segurança do paciente, que incluem:
 - **Identificação Correta do Paciente:** Utilizará métodos eficazes para confirmar a identidade do paciente em todas as etapas do atendimento.
 - **Melhoria da Comunicação Efetiva:** Implementará sistemas que facilitem a comunicação clara e precisa entre os profissionais de saúde.
 - **Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos:** Adotará práticas que minimizem o risco de erros medicamentosos.
 - **Cirurgia Segura:** Assegurará que procedimentos cirúrgicos sejam realizados no paciente correto, no local correto e com a técnica adequada.
 - **Higiene das Mãos:** Incentivará a adesão às práticas de higiene das mãos para prevenir infecções associadas aos cuidados de saúde.
 - **Redução do Risco de Quedas e Lesões por Pressão:** Implementará medidas preventivas para evitar quedas e lesões decorrentes de pressão prolongada.

28) Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar - NAQH (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá manter o NAQH em funcionamento e desempenhando um papel fundamental na gestão eficiente dos recursos hospitalares e na garantia da qualidade do atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme estabelecido no art. 28 da Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, suas principais atribuições incluem:
 - **Gestão de Leitos e Articulação:** O núcleo assegurará o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com a Central de Regulação Estadual/ SES-MT de urgência e internação. Além disso, mantém

articulação contínua entre as unidades de urgência e as de internação, monitorando o tempo de espera para atendimento emergencial e internação.

- **Monitoramento e Protocolos:** Será responsável por propor mecanismos de avaliação por meio de indicadores clínicos e administrativos, além de acompanhar a adoção de protocolos clínicos. O núcleo também supervisionará o processo de cuidado do paciente, garantindo atendimento adequado às necessidades individuais.
- **Integração e Vigilância:** O núcleo promoverá a integração entre as especialidades clínicas, cirúrgicas e equipes multiprofissionais, assegurando a integralidade do cuidado intra-hospitalar. Mantém vigilância sobre a taxa média de ocupação e a média de permanência dos pacientes, garantindo o uso racional e equitativo dos recursos institucionais.
- **Continuidade do Cuidado e Eficiência Operacional:** Atuará junto às equipes para assegurar a continuidade do cuidado, facilitando a articulação e encaminhamento aos demais serviços da rede. Monitorará o agendamento cirúrgico para otimizar a utilização das salas, agiliza a realização de exames necessários e define critérios claros de internação e alta.
- **Atendimento às Demandas Estaduais:** Responderá às solicitações do Grupo Condutor Estadual e do Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências/SES-MT, contribuindo para a implementação eficaz das políticas de saúde no âmbito hospitalar.

29) Núcleo Interno de Regulação – NIR (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá manter o NIR em funcionamento, devendo ser implementado o serviço de regulação ambulatorial e hospitalar o qual será disponibilizado pela Superintendência de Regulação da SES/MT, conforme a Portaria nº 1.559 GM/MS, de 01 de agosto de 2008, que Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde/SUS.
- b) O PARCEIRO PRIVADO deverá implementar o serviço, considerando minimamente as orientações técnicas do Manual de implantação e implementação : núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados, Ministério da Saúde/2017 e legislação vigente (Item XIV do art. 4 do Capítulo I do ANEXO XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 02- Política Nacional Hospitalar):
 - Instituir Núcleo Interno de Regulação, através de Portaria Interna ou atos normativos;
 - Implementar protocolos de funcionamento e atendimento (censo diário, gestão e priorização de ocupação de leitos, discussão de casos/ corrida de leitos, *Round* multidisciplinares das unidades de Internação e centraliza tomada de decisão para a ocupação dos leitos);
 - Garantir profissionais capacitados (enfermeiro, médico e administrativo);
 - Monitoramento de indicadores (Total de pacientes dia, Taxa de ocupação operacional, , Número de internações hospitalares, Taxa de ocupação do centro cirúrgico, Índice de intervalo de Substituição e Índice de Renovação ou índice de Giro de Leito);
- c) Ao realizar a interface com a Central Estadual de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde / Complexo Regulador Estadual /SES-MT, um dos objetivos do NIR é ser responsável pela orientação dos fluxos interno e externo, atuando na regulação dos procedimentos ambulatoriais e dos leitos de acordo com a capacidade instalada da instituição, além de regular, estabelecer uma rede integrada que favorece o bom funcionamento do sistema e o melhor atendimento ao internado e no apoio diagnóstico e terapêutico (consultas e exames).
- d) O serviço funcionará 24 horas ininterruptamente (hospitalar e urgência\emergência) emitindo notificações de vagas 3 (três) vezes ao dia, nos seguintes horários: 9 horas, 14 horas e 20 horas, de acordo com as normas e fluxos exarados pela Central Estadual de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde / Complexo Regulador Estadual /SES-MT.

30) Núcleo de Vigilância Hospitalar de Epidemiologia – NVHE (UNIDADE I e UNIDADE II)

a) A UNIDADE I: **HOSPITAL REGIONAL Dr Antônio Fontes**, sob Gestão Estadual CNES 2534460, deverá dispor do NVHE conforme:

- Portaria GM/MS n.º 2.529 de 23 de novembro de 2004, ampliada pela Portaria nº 2.254 GM/MS, de 05 de agosto de 2010, entre outros define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia;
 - Deverá organizar em ambiente hospitalar as rotinas e fluxos de informações para aumentar a sensibilidade, notificação e resolução de casos de doenças de notificação compulsória (DNC);
 - Acompanhar o perfil da morbimortalidade da população atendida, como o surgimento de doenças emergentes e pré-emergentes, mudança na história natural de uma doença ou a ocorrência de epidemias de maneira precoce, e possibilitando apoiar o planejamento do Serviço e do Sistema de Saúde.
- Lei n.º 13.685, de 25 de junho de 2018, que altera a Lei nº.12.732, de 22 de novembro de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de agravos e eventos em saúde relacionados às neoplasias, e a Lei nº.12.662, de 5 de junho de 2012, para estabelecer a notificação compulsória de malformações congênitas;
- Portaria GM/MS n.º 1.271 de 06 de junho de 2014, que trata do serviço de investigação e notificação de óbitos de MIF (mulher em idade fértil), materno, infantil menor de 01 ano, fetal, causas mal definidas e causa externa;
- Portaria GM/MS n.º 48 de 20 de janeiro de 2015, que habilita os entes federativos ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos e estratégicos de Vigilância em Saúde;
- Portaria GM/MS n.º 1.378 de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- Dentre outras legislações vigentes.

31) Núcleo de Qualidade e Acreditação Hospitalar (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de Núcleo de Qualidade e Acreditação Hospitalar que será responsável por promover ações e projetos visando a melhoria contínua da qualidade clínico-assistencial e dos processos institucionais como um todo, adotando indicadores para acompanhamento de *performance* e de resultados, incluindo os dispostos no **ANEXO C do Plano de Trabalho – INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE**.
- b) O PARCEIRO PRIVADO deverá buscar creditações pertinentes ao perfil de atendimento do Hospital e deverá ser Acreditado pela ONA 1 ou 2 em até 24 meses após o início da vigência do contrato.

32) Núcleo Especializado em Tratamento da Dor (UNIDADE I)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de um núcleo de profissionais capacitados para avaliar os níveis de dor dos usuários do SUS internados e indicar o tratamento adequado com base em diretrizes terapêuticas específicas, a fim de facilitar a recuperação e melhorar a experiência do paciente.
- b) O núcleo deverá se basear em protocolos clínicos gerenciados para atender um perfil de pacientes previamente definido e atuar de forma articulada com a Comissão de Cuidados Paliativos, considerando a legislação vigente (Origem: Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS n.º 1, de 22 de agosto de 2024, que Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica](#) , em funcionamento e atuante como segue:
 - **Composição Multidisciplinar:** O núcleo deverá ser constituído por profissionais capacitados, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e outros especialistas, aptos a avaliar e manejar os diferentes níveis de dor apresentados pelos pacientes internados.

- **Avaliação Sistemática da Dor:** Implementará protocolos para a avaliação regular e padronizada da dor, utilizando escalas validadas e apropriadas para cada perfil de paciente, garantindo uma abordagem individualizada e eficaz.
- **Indicação de Tratamentos Baseados em Diretrizes:** Prescreverá terapias analgésicas e intervenções não farmacológicas fundamentadas em diretrizes terapêuticas específicas, como o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, aprovado pela Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS n.º 1, de 22 de agosto de 2024.
- **Integração com a Comissão de Cuidados Paliativos:** Atuará em conjunto com a Comissão de Cuidados Paliativos para oferecer suporte abrangente aos pacientes com condições crônicas ou em estágio terminal, assegurando uma abordagem holística que abrange controle da dor e qualidade de vida.
- **Desenvolvimento de Protocolos Clínicos Gerenciados:** Elaborará e implementará protocolos clínicos específicos para o manejo da dor, adaptados ao perfil dos pacientes atendidos, promovendo a padronização das condutas e a melhoria contínua da assistência.
- **Educação Continuada e Capacitação:** Promoverá programas de treinamento e atualização para a equipe de saúde, visando aprimorar as competências no manejo da dor e disseminar as melhores práticas baseadas em evidências científicas.
- **Monitoramento e Avaliação de Resultados:** Estabelecerá indicadores de desempenho para avaliar a eficácia das intervenções realizadas, permitindo ajustes nos protocolos e estratégias terapêuticas conforme necessário.
- **Envolvimento do Paciente e Familiares:** Incluirá usuários do SUS e seus familiares no processo de tomada de decisão, fornecendo informações claras sobre as opções terapêuticas disponíveis e promovendo o autocuidado e a adesão ao tratamento.

33) Núcleo de Educação Permanente em Saúde (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) na Unidade hospitalar, considerando a legislação vigente do Ministério da Saúde:
- **Objetivo do NEPS:** Promover a qualificação contínua dos profissionais de saúde, visando à melhoria dos processos de trabalho e à transformação das práticas assistenciais, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).
 - **Principais atribuições:**
 - **Levantamento de necessidades:** Identificar demandas de formação e capacitação profissional, alinhadas às especificidades locais e às necessidades de saúde da população atendida.
 - **Desenvolvimento de programas educativos:** Elaborar e implementar ações de educação permanente, utilizando metodologias ativas que integrem teoria e prática.
 - **Integração ensino-serviço:** Facilitar a articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde, promovendo estágios, residências e outras atividades que fortaleçam a formação profissional contextualizada.
 - **Avaliação de impacto:** Monitorar e avaliar os resultados das ações educativas, ajustando estratégias conforme necessário para garantir a eficácia e a melhoria contínua.
 - **Conformidade legal:**
 - **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS):** Estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007, a PNEPS orienta a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, enfatizando a integração ensino-serviço e a educação como prática cotidiana no trabalho.
 - **Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES):** Instâncias intersetoriais e interinstitucionais que participam da formulação e condução da PNEPS, conforme previsto no art. 14 da Lei nº 8.080/1990.

- **Benefícios esperados:**

- **Melhoria da qualidade assistencial:** Profissionais mais capacitados tendem a oferecer cuidados de saúde mais seguros e eficazes.
- **Fortalecimento do SUS:** A integração ensino-serviço contribui para a formação de profissionais comprometidos com os princípios e diretrizes do sistema público de saúde.
- **Inovação nos processos de trabalho:** A educação permanente estimula a adoção de novas práticas e tecnologias, aprimorando a eficiência dos serviços de saúde.

- b) A implementação efetiva do NEP, alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde, é fundamental para o desenvolvimento profissional contínuo e para a excelência na prestação de serviços de saúde à comunidade.

34) Núcleo de Engenharia Clínica e Núcleo de Manutenção Geral (UNIDADE I e UNIDADE II)

- a) O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de Núcleo de Engenharia Clínica na supervisão de tecnologia hospitalar, conforme a legislação vigente:

- **Definição do Núcleo de Engenharia Clínica :**

- O **Núcleo de Engenharia Clínica** é responsável pela gestão e supervisão das tecnologias em saúde, especialmente dos equipamentos médico-hospitalares, garantindo seu funcionamento seguro e eficaz.

- **Principais atribuições do NEC:**

- **Gerenciamento de equipamentos:** Supervisionar a aquisição, instalação, manutenção preventiva e corretiva, calibração e desativação dos equipamentos médico-hospitalares, assegurando sua disponibilidade e desempenho adequados.
- **Segurança do paciente:** Implementar protocolos de segurança relacionados ao uso de tecnologias médicas, minimizando riscos e prevenindo incidentes.
- **Treinamento de pessoal:** Capacitar profissionais de saúde no manuseio correto e seguro dos equipamentos, promovendo o uso eficiente das tecnologias disponíveis.
- **Avaliação tecnológica:** Analisar a viabilidade técnica e econômica de novas tecnologias, auxiliando na tomada de decisões sobre investimentos em equipamentos.
- **Gestão de contratos:** Monitorar contratos de manutenção e serviços terceirizados, garantindo o cumprimento dos termos acordados e a qualidade dos serviços prestados.

- **Benefícios da atuação do Núcleo de Engenharia Clínica :**

- **Melhoria na qualidade assistencial:** Equipamentos bem gerenciados e em pleno funcionamento contribuem para diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficazes.
- **Otimização de recursos:** A gestão eficiente dos equipamentos médico-hospitalares reduz custos com reparos emergenciais e prolonga a vida útil dos equipamentos.
- **Segurança para pacientes e profissionais:** A supervisão contínua e a manutenção adequada dos equipamentos minimizam riscos de acidentes e falhas durante procedimentos médicos.

- b) A implementação e o fortalecimento do Núcleo de Engenharia Clínica serão essenciais para assegurar a qualidade e a segurança dos serviços de saúde, alinhando-se às diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e demais órgãos competentes.

- c) O gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde ficará a cargo do Núcleo de Manutenção Geral.

2. CARACTERÍSTICAS DAS AÇÕES, SERVIÇOS/ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

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

2.2. O Serviço de Admissão das unidades deverá solicitar aos usuários do SUS, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/MT.

2.3. Em caso de hospitalização, o parceiro privado, por meio da unidade hospitalar, fica obrigado a internar usuário do SUS, no limite dos leitos disponíveis e do seu perfil assistencial instalado, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago ou incompatibilidade de perfil clínico, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o PARCEIRO PRIVADO estiver atuando, por meio da Central de Regulação Estadual.

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

2.5. O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber durante 24 horas/dia, 7 (sete) dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Estadual de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis nas unidades hospitalares, com tempo de resposta em no máximo 1 (uma) hora.

2.6. O PARCEIRO PRIVADO deverá executar minimamente de forma semestral uma pesquisa de satisfação independente, pesquisando a satisfação do usuário do SUS com relação aos serviços prestados nas unidades hospitalares, após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação do Contrato de Gestão/ SES-MT, para avaliação da assistência prestada.

3. **DESCRIÇÃO DA UNIDADE I: Hospital Regional Dr Antônio Fontes**

3.1. IDENTIFICAÇÃO (UNIDADE I)

- **Nome CNES:** Hospital Regional Dr Antônio Fontes
- **CNES:** 2534460
- **Endereço:** Av. Getúlio Vargas nº 1670, Santa Izabel, CEP: 78210-514, Cáceres/MT.
- **Tipo de Unidade:** Hospital Geral - médio porte - média e alta complexidade.
- **Nível de Complexidade:** médio porte - média e alta complexidade
- **Gestão atual:** pública estadual - Gerência da Unidade: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
- **Atividades:** deverá realizar atendimento de demanda referenciada ambulatorial, SADT, urgência e internação hospitalar com leitos nas especialidades de Oncologia, Cirurgia Geral, Ortopedia/traumatologia, Clínica Geral, leitos de retaguarda a Terapia Renal Substitutiva (TRS), Serviço de Unidade de Terapia Intensiva e cuidados progressivos/UTI Adulto Tipo II e leitos de Unidade de Cuidados intermediários adulto.
- **Funcionamento:** O funcionamento da Unidade deverá ser ininterrupto, operando 24 horas por dia, 7 dias por semana. O atendimento ambulatorial deverá ocorrer, no mínimo, de segunda a sexta-feira, por 12 horas diárias, com a grade horária devidamente disponibilizada à Central de Regulação Estadual/SES-MT.

3.2. CAPACIDADE INSTALADA (UNIDADE I)

3.2.1. Estrutura

- 3.2.1.1.** A **UNIDADE I:** Hospital Regional Dr Antônio Fontes **deverá possuir 150** leitos gerais, todos disponíveis ao SUS, bem como outros setores de suporte, distribuídos minimamente da seguinte forma:

Quadro 01. Capacidade Instalada projetada da **UNIDADE I:** Hospital Regional Dr Antônio Fontes, 2025.

Hospitalar - Leitos	
Descrição	Leitos Existentes
LEITOS COMPLEMENTARES	
95 - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS ADULTO (UCI-a) (Piso Superior)	10
75 - UTI ADULTO - TIPO II (Piso Superior)	10
75 - UTI ADULTO - TIPO II (Térreo)	10
INTERNAÇÃO ESPECIALIDADE CIRÚRGICO ADULTO (Piso Superior)	

BUCOMAXILOFACIAL	45
CARDIOLOGIA/CARDIOVASCULAR	
CIRURGIA GERAL	
OFTALMOLOGIA	
NEFROLOGIA / UROLOGIA	
VASCULAR	
NEUROCIRURGIA	
ONCOLOGIA	
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	
TORÁCICA	
INTERNAÇÃO ESPECIALIDADE CLÍNICO ADULTO (Piso Térreo)	
CLÍNICA GERAL	51
CARDIOLOGIA	
NEFROLOGIA/UROLOGIA	
NEUROLOGIA	
ONCOLOGIA	
SAÚDE MENTAL (8 leitos)	
OFTALMOLOGIA	
VASCULAR	
SERVIÇO DE URGÊNCIA & EMERGÊNCIA	
Estabilização	2
Box Emergência	8
Isolamento	1
Observação	13
TOTAL	150

Fonte: Projeção - SUPO/SES-MT - Visita Técnica in loco, 12 a 13/11/2024. Relatório SUPO/SES emitido em 29/11/2024.

- 3.2.1.2.** Deverá ofertar serviços de média e alta complexidade, com atendimento de urgência e emergência (24 horas), utilização do centro cirúrgico e anestesiologia 24 horas, ambulatório de especialidades c/ serviço de reabilitação e internação clínica e cirúrgica, minimamente, nas especialidades de: trauma, ortopedia, neurologia e neurocirurgia, cirurgia geral, urologia, nefrologia, otorrinolaringologista, Bucomaxilofacial, oftalmologia, vascular, gastroenterologista, cardiologia/cardiovascular (cardiologia intervencionista/hemodinâmica), oncologia clínica, oncologia cirúrgica, medicina intensiva adulto.
- 3.2.1.3.** A **UNIDADE I** deverá dispor de salas específicas para o funcionamento do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) disponibilizando serviços de Imagiologia e Laboratorial (exemplo: Radiologia Convencional, Ultrassonografia, Anatomia Patológica, Análises Clínicas) aos usuários do SUS atendidos em regime de urgência/emergência e internação.
- 3.2.1.4.** Para suporte aos serviços assistenciais, a Unidade deverá dispor de áreas de apoio como: Farmácia, Lavanderia, Central de Material e Esterilização (CME) e Serviço de Nutrição e Dietética (SND).

3.2.2. Instalações físicas para assistência (UNIDADE I)

- 3.2.2.1.** A **UNIDADE I**: Hospital Regional Dr Antônio Fontes, em sua estrutura de instalação física hospitalar, deverá apresentar áreas e setores estratégicos que farão parte do seu sistema coordenado de saúde, com a função de prestar a completa assistência em *prol* da saúde e de uma melhor qualidade de atendimento aos usuários do SUS. Em se tratando de capacidade instalada esta unidade apresentará os seguintes indicadores setoriais demonstrados a seguir:

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
AMBULATORIAL		
CLINICAS ESPECIALIZADAS	10	0
OUTROS CONSULTÓRIOS NÃO MÉDICOS	2	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0
HOSPITALAR		
SALA DE CIRURGIA	7	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0

SALA DE RECUPERAÇÃO	1	8
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTÓRIOS MEDICOS	2	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	6
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	1	1
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - MASCULINO	1	6
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZAÇÃO	1	2

3.2.3. Serviços de apoio (UNIDADE I)

- 3.2.3.1.** Os serviços de apoio da **UNIDADE I: Hospital Regional Dr Antônio Fontes**, deverão proporcionar um ambiente confortável e seguro aos pacientes e profissionais, dando qualidade a assistência prestada e apoiando no processo de saúde, fundamental no atendimento prestado ao usuário do SUS e seus familiares, disponibilizando o quantitativo adequado de serviços próprios e terceirizados, conforme segue no quadro infra:

Serviço	Característica
AMBULÂNCIA	PRÓPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO
FARMÁCIA	PRÓPRIO
LACTÁRIO	TERCEIRIZADO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTÉRIO	PRÓPRIO
NUTRICAÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuário de Paciente)	PRÓPRIO
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	PRÓPRIO
SERVIÇO SOCIAL	PRÓPRIO

3.2.4. Serviços especializados (UNIDADE I)

- 3.2.4.1.** Os serviços especializados deverão tornar a **UNIDADE I: Hospital Regional Dr Antônio Fontes**, apto para tratar casos mais singulares e complexos que a rede de saúde não contempla, disponibilizando o quantitativo adequado de serviços próprios e terceirizados, visando otimizar a assistência ao paciente e estão minimamente demonstrados a seguir:

Serviço	Característica
ATENÇÃO A DOENÇA RENAL AGUDIZADO	TRATAMENTO DIALÍTICO - HEMODIÁLISE - BEIRA LEITO (UTI)
ATENÇÃO A DOENÇA RENAL CRÔNICA	TRATAMENTO DIALÍTICO - HEMODIÁLISE
ATENÇÃO A SAÚDE AUDITIVA	ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA
	DIAGNÓSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA
	IMPLANTE COCLEAR
ATENÇÃO EM UROLOGIA	LITOTRIPSIA
	UROLOGIA GERAL
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL
	SERVIÇO HOSPITALAR PARA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL
SERVIÇO DE REABILITAÇÃO	ATENÇÃO EM FONOAUDIOLÓGICA
	REABILITAÇÃO AUDITIVA
	ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS OSTOMIZADAS
SERVIÇO DE ATENÇÃO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO
	COLUNA E NERVOS PERIFÉRICOS
	TRATAMENTO ENDOVASCULAR
	NEUROCIRURGIA VASCULAR E NERVOS PERIFÉRICOS
SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVIÇOS DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

	SERVIÇOS DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGÊNCIA	PRÓPRIO
SERVIÇO DE ONCOLOGIA	HEMATOLOGIA	PRÓPRIO
	ONCOLOGIA CIRÚRGICA	PRÓPRIO
	ONCOLOGIA CIRÚRGICA EM ORTOPEDIA	PRÓPRIO
	ONCOLOGIA CLÍNICA	PRÓPRIO
	ONCOLOGIA CIRÚRGICA EM ORTOPEDIA	PRÓPRIO
SERVIÇO DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	ANGIOLOGIA	PRÓPRIO
	ELETROFISIOLOGIA	PRÓPRIO
	CIRURGIA VASCULAR	PRÓPRIO
	CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA (HEMODINÂMICA)	PRÓPRIO
	CARDIOLOGIA CLÍNICA	PRÓPRIO
	CIRURGIA CARDIOVASCULAR	PRÓPRIO
SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR	FÍSTULA ARTERIOVENOSA SEM ENXERTO	PRÓPRIO
	FÍSTULA ARTERIOVENOSA COM ENXERTO	PRÓPRIO
SERVIÇO DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS	UCI- UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS - ADULTO	PRÓPRIO
SERVIÇO DE TERAPIA INTENSIVA	UTI - ADULTO	PRÓPRIO
	UTI CORONARIANA - UCO	PRÓPRIO
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS	PRÓPRIO
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E/OU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLÓGICOS	PRÓPRIO
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO CLÍNICO	EXAMES BIOQUÍMICOS	PRÓPRIO
	EXAMES COPROLÓGICOS	PRÓPRIO
	EXAMES DE UROANÁLISE	PRÓPRIO
	EXAMES EM OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	PRÓPRIO
	EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA	PRÓPRIO
	EXAMES HORMONAIS	PRÓPRIO
	EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS	PRÓPRIO
	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	PRÓPRIO
	EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS	PRÓPRIO
	EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA	PRÓPRIO
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	PRÓPRIO
	DO APARELHO RESPIRATÓRIO	PRÓPRIO
	DO APARELHO URINÁRIO	PRÓPRIO
SERVIÇO DE FARMÁCIA	FARMÁCIA HOSPITALAR	PRÓPRIO
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCIONAL	PRÓPRIO
	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM OFTALMOLOGIA	PRÓPRIO
	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS ALTERAÇÕES EM NEUROLOGIA	PRÓPRIO
	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES MUSCULO ESQUELÉTICA	PRÓPRIO
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	DIAGNÓSTICO EM HEMOTERAPIA	PRÓPRIO
	MEDICINA TRANSFUSIONAL	PRÓPRIO
	PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENÇÃO DO SANGUE PARA FINS DE ASSISTÊNCIA	PRÓPRIO
SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO APARELHO DA VISÃO	PRÓPRIO
	TRATAMENTO CLÍNICO DO APARELHO DA VISÃO	PRÓPRIO
SERVIÇO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	PRÓPRIO
	ENTERAL PARENTERAL	PRÓPRIO
SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	PRONTO ATENDIMENTO OFTALMOLÓGICO	PRÓPRIO
	PRONTO SOCORRO GERAL/CLÍNICO	PRÓPRIO
SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	PRÓPRIO
TRANSPLANTE	AÇÕES PARA DOAÇÃO E CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS	PRÓPRIO
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	PRÓPRIO
	MAMOGRAFIA	PRÓPRIO

- 3.2.4.2.** O fornecimento de hemocomponentes ao Hospital será realizado pelo MT Hemocentro – SES/MT, sendo que a Unidade de Coleta e Tratamento (UCT) opera junto à estrutura da **UNIDADE I**: Hospital Regional Dr. Antônio Fontes. A UCT atenderá ambas as unidades hospitalares (**UNIDADE I e UNIDADE II**).
- 3.2.4.3.** A **UNIDADE I** deverá dispor de equipamentos necessários, disponibilizando o quantitativo adequado de serviços próprios e terceirizados, visando otimizar a assistência de média e alta complexidade e estão minimamente demonstrados a seguir:

Equipamento	Existente	Em Uso
EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM		
MAMOGRAFO COMPUTADORIZADO	2	1
Raio X de 100 a 500 mA	2	0
Raio X mais de 500mA	1	1
Tomógrafo Computadorizado	1	1
Ultrassom Ecografo	4	4
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA		
AR CONDICIONADO	223	223
CÂMARA FRIGORÍFICA	3	3
CÂMARA PARA CONSERVAÇÃO DE HEMODERIVADOS/IMUNO/TERMOLÁBEIS	9	9
Grupo Gerador	2	2
REFRIGERADOR	42	42
EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA		
Amalgamador	1	1
Caneta de Alta Rotação	1	1
Caneta de Baixa Rotação	1	1
Compressor Odontológico	1	1
Equipo Odontológico	1	1
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA		
Berço Aquecido	2	2
Bomba de Infusão	140	126
Desfibrilador	19	17
Equipamento de Fototerapia	7	2
Marcapasso Temporário	3	3
Monitor de ECG	26	26
Monitor de Pressao Invasivo	44	42
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	3	3
Reanimador Pulmonar/AMBU	10	10
Respirador/Ventilador	50	49
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS		
Eletrocardiografo	4	4
Eletroencefalografo	1	1
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS		
BIOMICROSCÓPIO (LÂMPADA DE FENDA)	2	2
CADEIRA OFTALMOLÓGICA	1	1

Endoscópio Digestivo	3	3
Endoscópio das Vias Respiratórias	1	1
Endoscópio das Vias Urinárias	1	1
Laparoscópio/Vídeo	8	8
Microscópio Cirúrgico	3	3
OFTALMOSCÓPIO	1	1
RETINOSCÓPIO	1	1
OUTROS EQUIPAMENTOS		
Equipamento para Hemodiálise	2	2
VEÍCULO PICK-UP CABINE DUPLA 4X4 (DIESEL)	2	2
VEÍCULO UTILITÁRIO (TIPO FURGÃO)	2	2

3.2.5. Credenciamento / Habilitação (UNIDADE I)

3.2.5.1. A Unidade possui algumas habilitações ativas junto ao Ministério da Saúde, as quais devem ser mantidas:

Habilitações ativas junto ao Ministério da Saúde

Código	Descrição	Origem	Comp. inicial	PT	Data PT	Leitos SUS	Data do Lança/to	Data da Atualização
0506	TRATAMENTO DO GLAUCOMA COM MEDICAMENTOS NO ÂMBITO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OFTALMOLÓGICA	Nacional	04/13	GM 419	23/02/18	-	05/03/2018	15/04/2013
2601	UTI II ADULTO	Nacional	11/02	4535/GM/MS	21/12/22	6	23/12/2022	-
3202	LABORATÓRIO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DE ÚTERO - TIPO I	Nacional	09/14	GM/MS 2046/2014	02/01/14	-	17/09/2014	17/09/2014

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/habilitacao/5102502534460>.

3.2.5.2. O PARCEIRO PRIVADO deverá dar continuidade nos processos de Credenciamento/ Habilitação junto ao Ministérios da Saúde, como segue:

- Habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia - Serviço/ Classificação 155/001 - Serviço de Traumatologia e Ortopedia Adulto (Referenciado e regulado), Serviço/ Classificação 155/003 – Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência (Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, Origem: Portaria SAS/MS nº 90, de 27 de março de 2009, define Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade; Portaria n.º 516, de 21 de junho de 2023, a qual altera itens da seção I, II, e IV do Capítulo I, do Título II da Portaria de Consolidação n.º 1, de 22 de fevereiro de 2022, que tratam das normas de credenciamento e habilitação das unidades de assistência e dos centros de referência de alta complexidade cardiovascular, neurologia, e traumatologia e ortopedia).
- Habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia - Serviço/ Classificação 529/002 – Serviço de Coluna e Nervos Periféricos (Referenciado e regulado), Serviço/ Classificação 529/003 – Serviço de Tumores do Sistema Nervoso (Referenciado e regulado), Serviço/ Classificação 529/004 – Serviço de Neurocirurgia Vascular (Referenciado e regulado) (Consolidação n.º 1, de 22 de fevereiro de 2022, Seção II- substitui a Portaria SAS/MS n.º 756, de 27 de dezembro de 2005, que define que as Redes Estaduais e/ou Regionais de Assistência ao Paciente Neurológico na Alta Complexidade; Portaria n.º 516, de 21 de junho de 2023, a qual altera itens da seção I, II, e IV do Capítulo I, do Título II da Portaria de Consolidação n.º 1, de 22 de fevereiro de 2022, que tratam das normas de credenciamento e habilitação das unidades de assistência e dos centros de referência de alta complexidade cardiovascular, neurologia, e traumatologia e ortopedia);

- c. Habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – Serviço/ Classificação 1706/132 - Serviço de Oncologia (Origem: Portaria SAES/MS Nº 688, de 28 de agosto de 2023 Altera a Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia);
- d. Habilitação do Serviço de Unidade de Cuidado Intermediário Adulto- UCI-a (Origem: Portaria GM/MS nº. 2.862, de 29 de dezembro de 2023, Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as Unidades de Terapia Intensiva - UTI e as Unidades de Cuidado Intermediário - UCI, destinadas ao cuidado progressivo do paciente crítico, grave ou de alto risco ou moderado no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS);
- e. Habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional;
- f. Implantação e Habilitação de Unidades de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular com atendimento nos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista, Cirurgia Vascular, Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardíacos e Laboratório de Eletrofisiologia, Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista (Origem: Portaria SAS/MS nº.210. de 15 de junho de 2004, Portaria SAS/MS nº 123, de 28 de fevereiro de 2005, Portaria nº. 516, de 21 de Junho de 2023, Altera itens da seção I, II, e IV do Capítulo I, do Título II da Portaria de Consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, que tratam das normas de credenciamento e habilitação das unidades de assistência e dos centros de referência de alta complexidade cardiovascular, neurologia, e traumatologia e ortopedia).
- g. Implantação e Habilitação de 8 (oito) leitos de enfermagem p/ Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral).
- h. Credenciamento/Habilitação do Serviço/ Classificação 1202 - Procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, em regime de Hospital Dia (Capítulo V, Anexo 1 do Anexo XXIV - Da modalidade de assistência em regime de Hospital-Dia - da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Origem: Portaria GM/MS nº 44, de 07 de janeiro de 2001, definir como Regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos).
- i. Habilitação do Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (17.19 - SRC), (Origem: Portaria GM/MS Nº.189, de 31 de janeiro de 2014).
- j. Habilitação do Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (17.20 - SDM) (Origem: Portaria GM/MS nº.189, de 31 de janeiro de 2014).

3.2.6. Perfil de Atendimento da Unidade (UNIDADE I)

- 3.2.6.1. A **UNIDADE I** é caracterizada como hospital geral referência como Unidade de Assistência em Atenção Oncológica de Alta Complexidade (UNACON) em processo de credenciamento/habilitação junto ao Ministério da Saúde; Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia; Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia; Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência, com serviços de unidade de terapia intensiva e cuidados progressivos UTI Adulto Tipo II, e unidade de cuidados intermediários adulto. A unidade é referência para 22 municípios da Macrorregional Oeste e o município de San Mathias – Bolívia (SES/2023).
- 3.2.6.2. A unidade hospitalar deverá dispor de 7 (sete) Salas Cirúrgicas, Ambulatório de Especialidades com 10 (dez) consultórios médicos e 2 (dois) consultórios não médico, para realizar procedimentos de média e alta complexidade, atendimentos ambulatoriais e internação, minimamente, nas especialidades de: clínica médica, oncologia, urologia, nefrologia, vascular, neurologia, clínica cirúrgica (geral, vascular, urologia, oncológica, ortopédica e neurocirúrgica);

3.3. LINHAS DE SERVIÇOS / ATIVIDADES (UNIDADE I)

3.3.1. Para o funcionamento da **UNIDADE I: Hospital Regional Dr Antonio Fontes**, serão consideradas as seguintes linhas de serviços;

- I. Assistência Integral**
- II. Serviço de Internação Hospitalar por complexidade (média/alta complexidade)**
 - Saídas de Clínicas/especialidades (traumato, ortopedia, neurologia e neurocirurgia, cirurgia geral, urologia, nefrologia, otorrinolaringologista, Bucomaxilofacial, oftalmologia, vascular, gastroenterologista, cardiologia/cardiovascular, endocrinologia, pneumologia, oncologia);
 - Saídas Cirúrgicas/especialidades (traumato, ortopedia, neurologia e neurocirurgia, cirurgia geral, urologia, nefrologia, otorrinolaringologista, Bucomaxilofacial, oftalmologia, vascular, gastroenterologista, cardiologia/cardiovascular, oncologia);
 - Diárias de Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva e cuidados progressivos (UTI Adulto) Tipo II;
 - Diárias de Leitos Complementares Unidade de Cuidados Intermediários (UCI-Adulto);
- III. Serviço de Centro Cirúrgico**
- IV. Serviço de Hospital Dia e Cirurgia Ambulatorial**
- V. Serviço de Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas, Multiprofissionais na Atenção Especializada:**
 - consultas médicas e multiprofissionais em ambulatório de especialidades (traumato, ortopedia, neurologia e neurocirurgia, cirurgia geral, urologia, nefrologia, otorrinolaringologista, Bucomaxilofacial, oftalmologia, vascular, gastroenterologista, cardiologia/cardiovascular, endocrinologia, pneumologia, oncologia clínica, oncologia cirúrgica).
- VI. Serviço de Saúde Digital**
- VII. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) EXTERNO;**
- VIII. Serviço de Urgência/Emergência;**
- IX. Serviço de Assistência em Atenção Médico Domiciliar e cuidados paliativos.**
- X. Time de Desospitalização**
- XI. Serviço de Verificação de Óbitos Não Invasivo, ou Autópsia Minimamente Invasiva (AMI)**
- XII. Serviço de Captação de Órgãos**
- XIII. Serviço de Hemoterapia**
- XIV. Serviço de Cardiologista Intervencionista e Hemodinâmica**
- XV. Serviço de Transporte Sanitário**
- XVI. Qualificação Profissional e Integração Ensino-serviço**
- XVII. Comissões Clínicas, Comitês e Núcleos Hospitalares**

I. Assistência Integral (UNIDADE I)

- **Assistência Integral à Saúde em regime de hospitalização**

O PARCEIRO PRIVADO deverá estruturar e implementar o Serviço de Assistência Integral à Saúde em regime de hospitalização, garantindo um atendimento adequado e de qualidade aos usuários do SUS, em conformidade com as normativas vigentes. O objetivo é assegurar a prestação de serviços hospitalares de forma integral, desde a admissão até a alta hospitalar segura e responsável, contemplando todos os atendimentos e procedimentos necessários para a obtenção ou complementação do diagnóstico e das terapêuticas indicadas para o tratamento hospitalar. Além disso, deverão ser incluídos os atendimentos relacionados a Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), garantindo assistência integral ao paciente e contribuindo para a preservação de sua saúde e sobrevida.

O PARCEIRO PRIVADO deverá assegurar sistema de Ofertas de Cuidados Integrados (OCI), ofertando um conjunto de procedimentos e tecnologias de cuidados necessários a uma atenção oportuna, com qualidade, integrados para concluir uma etapa na linha de cuidado ou na condução de agravos específicos de rápida resolução, de diagnóstico ou de tratamento, atuando na Atenção Ambulatorial Especializada (AES), como referência estadual conforme Perfil assistencial são elegíveis as seguintes linhas de cuidado prioritárias para o Hospital Regional **UNIDADE I:**

→ **Atenção em Oncologia** ofertando o Cuidado Integrado aos usuários do SUS a fim de garantir o atendimento conforme dispõe a Portaria GM/MS nº 1.824 de 11 de junho de 2024, que trata da Atenção Ambulatorial Especializada e Oferta de Cuidados Integrado em Oncologia (OCI), Portaria SAES/MS Nº 2.331, DE 10 DE dezembro DE 2024, QUE Inclui, exclui, altera atributos e compatibilidades de procedimentos na Tabela de

Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece os Procedimentos Obrigatórios por Ofertas de Cuidados Integrado (OCI), no âmbito do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada.

→ **Atenção em Cardiologia** ofertando o Cuidado Integrado aos usuários do SUS a fim de garantir o atendimento conforme dispõe a Portaria GM/MS nº 1.822 de 11 de junho de 2024, que trata da Atenção Ambulatorial Especializada e Oferta de Cuidados Integrado (OCI) em Cardiologia e Parâmetros Assistenciais e Portaria SAS/MS nº 210, de 15 de junho de 2004 que trata da habilitação em serviços de Alta Complexidade Cardiovascular, Portaria SAES/MS Nº 2.331, DE 10 DE dezembro DE 2024, *Inclui, exclui, altera atributos e compatibilidades de procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece os Procedimentos Obrigatórios por Ofertas de Cuidados Integrado (OCI), no âmbito do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada.*

→ **Atenção em Neurologia/ Neurocirurgia** ofertando o Cuidado Integrado aos usuários do SUS a fim de garantir o atendimento integral atendendo aos requisitos de habilitação conforme Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, em seu Anexo XXXII.

O PARCEIRO PRIVADO deverá estruturar a implementação do Serviço de Assistência Integral à Saúde em regime de hospitalização com:

- a) Disponibilização de leitos hospitalares conforme demanda regulada.
- b) Realização de exames diagnósticos e terapêuticos necessários ao tratamento.
- c) Fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) conforme necessidade clínica.
- d) Implementação de protocolos de alta hospitalar segura e continuidade do cuidado.
- e) Garantia de atendimento multiprofissional para suporte integral ao paciente.

O Parceiro Privado deverá estabelecer Metas e Indicadores, como a Garantia de 100% dos atendimentos conforme os leitos disponíveis, Redução de intercorrências pós-alta em pelo menos 20%, Atendimento a 100% das demandas reguladas dentro do tempo preconizado.

a) Indicadores:

- Taxa de ocupação hospitalar.
- Tempo médio de internação por perfil clínico.
- Percentual de altas hospitalares seguras com plano de continuidade assistencial.

b) Estrutura e Recursos

- Disponibilidade de equipe médica, enfermagem, assistência social, fisioterapia e outros profissionais conforme necessidade.
- Equipamentos e materiais adequados para assistência integral.
- Infraestrutura hospitalar compatível com a demanda regulada.

c) Fluxo Assistencial

- Admissão: Regulação via Central Estadual de Regulação.
- Internação: Atendimento integral conforme necessidade clínica.
- Alta e Continuidade Assistencial: Plano de alta e referenciamento para serviços de continuidade.

d) Monitoramento e Avaliação

- Relatórios mensais de desempenho e indicadores assistenciais.
- Auditorias internas e supervisão da Secretaria de Saúde.
- Ajustes periódicos conforme avaliação dos resultados.

Os atendimentos realizados no Serviço de Urgência e Emergência, os procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados, sejam pela “Porta Aberta” para as vítimas de acidentes/traumas/causas externas, acolhidas trazidas pelo Serviço de Resgate do Corpo de Bombeiros, Polícia Militar e Rodoviária Federal, ou encaminhadas de forma regulada e/ou referenciada, advindas da Central Estadual de Regulação do Estado do Mato Grosso /SES-MT, em que pese não

comporem metas para o Contrato de Gestão, deverão ser realizados na Unidade hospitalar, e os dados de produção informados/apresentados para a SES/MT, na periodicidade e requisitos que a Secretaria de Estado de Saúde - SES/MT estabelecer como monitoramento.

II. Serviço de Internação por Complexidade (média/alta complexidade) - (UNIDADE I)

• Internação Hospitalar

A Internação Hospitalar corresponderá à admissão de usuário do SUS para tratamento, onde ocupará um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas. Todos os casos de óbito ocorridos dentro do hospital deverão ser considerados internações hospitalares, mesmo que a duração da internação tenha sido menor do que 24 horas.

Durante a internação deverá oferecer atendimento integral ao usuário do SUS, conforme cadastro atualizado do Hospital no CNES/DATASUS/SUS, exames de apoio à diagnóstico e terapêutico (SADT) e compatibilidade do procedimento principal. As internações de natureza emergencial deverão ter como origem de demanda o Serviço de Urgência de Emergência do Hospital. Essa origem será identificada pelo número do registro do atendimento na Unidade de Emergência do Hospital e/ou haverá encaminhamento através da Central de Regulação Estadual por meio do Sistema de Regulação;

Os usuários do SUS que necessitam de continuidade de tratamento em serviços básicos de saúde deverão ser referenciados para as Unidades Básicas de Saúde do município de origem e/ou para seus municípios de residência. Os que necessitarem de acompanhamento em clínicas especializadas serão referenciados de acordo com protocolo estabelecido pelo Fluxo da Central de Regulação Estadual. Nos casos em que a especialidade for ofertada pelo hospital ao SUS, o paciente deve ter alta do serviço com a consulta/exames agendados dentro da disponibilidade pelo Núcleo Interno de Regulação- NIR;

A SAÍDA HOSPITALAR corresponderá à saída do usuário do SUS da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito. Do momento da decisão de internação à saída hospitalar, será gerado um conjunto de documentos e informações que irão compor o Prontuário de Saída Hospitalar (Alta Hospitalar segura e responsável), de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP (Origem: Portaria nº. 3.390/GM/MS, de 30/12/2013 combinado com a Portaria nº.701/SAES/MS, de 29/09/2022).

Deverá ser ofertado todos os recursos disponíveis de diagnósticos/terapêuticos e tratamentos necessários ao atendimento dos usuários do SUS, previstos na Tabela SIGTAP Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e inseridos no cadastro/CNES do hospital, até o limite financeiro definido pelos parâmetros neste instrumento contratual; entretanto, havendo necessidade da realização de procedimentos não previstos e indispensável para salvaguardar e sobrevida do paciente, o hospital solicitará por meio de devida justificativa do Médico Assistente preenchido e assinado em formulário próprio, de acordo com o Manual de Operacionalização SIH/SUS/MS versão atualizada, em caráter de exceção, autorização à Secretaria de Estado de Saúde-SES/MT, para realização do procedimento, os quais seguirão as mesmas regras contratuais, em qualquer prazo;

Deverá ser garantida a qualidade e a integralidade do cuidado aos usuários do SUS atendidos, ofertando recursos terapêuticos necessários e suficientes para todos pacientes atendidos pela unidade e que venham a necessitar de cuidados adicionais, em um período mínimo de 30 dias após a alta (alta hospitalar segura e responsável), devido à intercorrências ou cuidados de retorno assistencial;

Em caso de solicitação das órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) de ALTO CUSTO não contemplados pelo SUS, o PARCEIRO PRIVADO deverá seguir o fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado de Saúde - SES/MT, a qual tem como Diretriz o Manual do Ministério da Saúde SIA/SIH/SUS, onde o Médico Supervisor SES-MT é que fará a avaliação quanto à pertinência do Laudo de Solicitação de OPMEs, para verificação da real necessidade da viabilização da OPMEs (Manual SIA/SIH, capítulo de OPMEs que estabelece critérios de procedimentos).

Assim, no momento da supervisão do faturamento, faz se necessário informar o CNPJ da empresa e o Médico Supervisor/SES-MT irá supervisionar mediante exames de diagnóstico por imagem, descrição do ato cirúrgico e detalhamento se o material solicitado foi efetivamente utilizado, controle das contas/faturas apresentadas será realizado pela comprovação do serviço efetivado, respeitando o seguinte fluxo/diretriz:

- a) Seguir as orientações com relação à apresentação da conta, quando realizado procedimento cirúrgico, conforme Manual de Operacionalização dos Sistemas Oficiais SIA/SIH/SUS do Ministério da Saúde, combinado com Parecer CFM n.º 31/2019 ou outros que venham a substituir;
- b) A avaliação pelo Médico Supervisor/SES-MT dos seguintes documentos:
- Boletins de Regulação emitido pelo Sistema Regulação *on-line*;
 - Laudo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) preenchido, assinado e carimbado pelo Médico Assistente/Solicitante conforme orientação técnica do Médico Regulador/SES-MT no Ato Regulatório;
 - Laudo de Solicitação de OPMEs, para verificação da real necessidade dos procedimentos solicitados, regulados e executados, bem como a viabilização das OPMEs (Manual de Operacionalização do SIA/SIH/SUS, capítulo de utilização de OPMEs, páginas 39 a 40, versão janeiro/2017, que estabelece critérios de procedimentos, ou outro que venha a substituir).

No caso de solicitação de *Stent* Farmacológico Excedente ao Limite Máximo de 2 (dois) *Stents* por paciente, desde que esteja devidamente justificado pelo Médico que executou o procedimento cirúrgico, com a apresentação de Nota Fiscal atestada e auditada pelo Profissional Médico Supervisor/SES-MT, conforme o Parecer Conclusivo da PGE N.º 3.374/SGAC/PGE/2019.

O indicador de aferição será a SAÍDA HOSPITALAR comprovada por meio da apresentação da Autorização de Internação Hospitalar – AIH, emitidos pelo Sistema de Regulação e registradas no SIH - Sistema de Informações Hospitalares (Sistema Oficial do Ministério da Saúde) pelo próprio hospital;

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

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

A **UNIDADE I:** Hospital Regional Dr Antonio Fontes, contará minimamente com 29 (vinte e nove) especialidades médicas, assumindo assim a maior importância em face ao tratamento de patologias específicas e de oferta de recursos para atender maiores complexidades, conforme tabelas infra:

Especialidades Médicas	
Infectologia	X
Ortopedia e traumatologia Adulto	X
Neurocirurgia	X
Cirurgia Geral Adulto	X
Cirurgia Cardiovascular (**)	X
Cirurgia Torácica	X
Cirurgia Vascular	X
Cirurgia Urológicas	X
Neurologia Clínica	X
Clínica Médica	X
Mastologia	X
Urologia	X
Hematologia/Hemoterapia	X
Gastroenterologia	X
Nefrologia	X
Cardiologia	X
Otorrinolaringologia	X
Oncologia Clínica	X
Oncologia Cirúrgica Adulto (*)	X
Oftalmologia Cirúrgica	X
Cardiologia Risco Cirúrgico	X
Anestesiologia	X
Radiologia e Imagenologia	X
Medicina Intensiva - Adulto	X
Cuidados Paliativos	X

(*) Portaria SAES/MS Nº 688, DE 28 DE AGOSTO DE 2023 Altera a Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia. PORTARIA GM/MS Nº.189, DE 31 DE JANEIRO DE 2014 Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.

(**) Portaria SAS/MS nº.210. de 15 de junho de 2004, Portaria SAS/MS nº 123, de 28 de fevereiro de 2005, para dispor sobre a habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular com atendimento nos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista, Cirurgia Vascular, Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares Extracardiácos e Laboratório de Eletrofisiologia, Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos de Cardiologia Intervencionista

Especialidades Não Médicas

Enfermagem	x
Psicologia/ Neuropsicólogo	x
Nutrição	x
Assistente Social	x
Fonoaudiologia	x
Fisioterapia -Reabilitação	x
Farmacêutico Hospitalar e Clínico	x
Bucomaxilo/odontologia	x

- **No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:**

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

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

- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde;

- Tratamento complementar de fisioterapia, psicologia, nutrição clínica, serviço social, fonoaudiologia e terapia ocupacional;

- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;

- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;

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

- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesiologia 24 horas;

- O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;

- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente;

- Acompanhante para os usuários do SUS idosos, crianças e gestantes (Lei Nº. 10.741 de 01/10/2003).

- Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;

- Sangue e hemoderivados;

- Fornecimento de roupas hospitalares;

- Exames – SADT, necessários para a elucidação do diagnóstico;

- Procedimentos relacionados a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, contempladas na Tabela SIGTAP Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

→ Procedimentos especiais de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da UNIDADE I.

III. Serviço de Centro Cirúrgico (UNIDADE I)

É o conjunto de áreas e instalações que permitem efetuar a cirurgia nas melhores condições de segurança para o usuário do SUS, e de conforto para a equipe de saúde, assegurando a execução de técnicas assépticas e instalação de equipamentos específicos que facilitem o ato cirúrgico.

O Bloco Cirúrgico atualmente é composto de 5 (cinco) salas equipadas para realização de cirurgias de médio porte. Conforme projeção da Superintendência de Obras - SUPO/SES foi previsto no projeto de ampliação o quantitativo de mais 2 (duas) salas de grande porte, totalizando 7 (sete) Salas Cirúrgicas para atender os procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade e ampliação da 1 sala de recuperação pós-anestésica com 8 (oito) leitos.

Cirurgias por Serviço/ Especialidade

Cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa
Cirurgia de tireoide e paratireoide
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico
Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço
Cirurgia do aparelho da visão
Cirurgia do aparelho circulatório (**)
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal
Cirurgia do sistema osteomuscular
Cirurgia do aparelho geniturinário
Cirurgia Torácica
Cirurgia reparadora
Cirurgia Bucomaxilofacial
Cirurgias - Procedimentos cirúrgicos gerais
Cirurgia Oncológica (*)

(*) PORTARIA SAES/MS Nº 688, DE 28 DE AGOSTO DE 2023 Altera a Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia. PORTARIA GM/MS Nº.189, DE 31 DE JANEIRO DE 2014 Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.

(**) Parâmetros para Credenciamento/Habilitação em Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista / Hemodinâmica, Portaria de Consolidação nº.02/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria SAS/MS nº.210, de 15 de junho de 2004 e Portaria SAS/MS nº.123, de 28 de fevereiro de 2005) .

O Bloco Cirúrgico ainda deverá ser equipado com uma (01) sala para emergência e, no mínimo, uma (01) sala eletiva com:

- capnógrafo;
- colchão térmico;
- desfibrilador com pás externas e internas;
- marcapasso externo provisório;
- balão intraórtico;
- oxímetro de pulso;
- monitor de transporte;
- monitor de pressão não invasiva;
- monitor de pressão invasiva com, no mínimo, dois canais;
- uma (01) bomba extracorpórea por sala;
- aquecedor de sangue;
- respirador a volume, com misturador tipo blender microprocessado;
- aparelho para controle de coagulação por TCA.

- 04 bombas de infusão, no mínimo;
- 02 termômetros termoeletrônicos

A área de Implante de Marcapasso Cardíaco Permanente deve possuir, além do estabelecido neste item, os seguintes equipamentos e materiais:

- equipamento de fluoroscopia em arco móvel na sala cirúrgica, fixo em sala de hemodinâmica ou aparelho de radiologia de radioscopia;
- material de emergência, para reanimação cardio-respiratória;
- programadores adequados para a prótese utilizada;
- intervalômetro;
- ímã;
- eletrocardiógrafo de 12 derivações e 3 derivações simultâneas, podendo ser acoplado a microcomputador.

Deverá adotar protocolo de cirurgia segura com a finalidade de determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura.

Deverá executar cirurgias de média e alta complexidade, bem como assegurar as cirurgias de urgência e emergência.

Deverá instituir o planejamento cirúrgico com agendamento de cirurgias, bem como deverá realizar o planejamento de limpezas de salas e equipamentos, planejamento de leitos pós operatórios.

Deverá acompanhar os indicadores de qualidade: taxa de complicações e infecções cirúrgicas, tempo médio de permanência hospitalar após a cirurgia, índice de satisfação dos pacientes, índice de intervalo de Substituição

Deverá acompanhar os indicadores de quantidade: Número de cirurgias realizadas por especialidade e por sala, taxa de giro de salas cirúrgicas, Taxa de ocupação do centro cirúrgico.

Para otimização da *performance* do serviço deverá:

- Aumentar no mínimo de **10 a 15%** a capacidade cirúrgica
- Otimizar os tempos de espera e duração das cirurgias reduzindo os custos de espera
- Redução no mínimo de **10 a 17%** de tempo médio de permanência na sala de recuperação pós anestésica, favorecendo a rotatividade de salas cirúrgicas
- Melhor controle do consumo de insumos durante toda a jornada do paciente e consequentemente redução de desperdícios assistenciais

IV. Serviço de Hospital Dia e Cirurgia Ambulatorial (UNIDADE I)

A assistência ambulatorial/hospitalar em regime de Modalidade Hospital-Dia ocorrerá conforme definição do manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIA/SIH/SUS) de 2004 e a Portaria MS/GM nº 44, de 10 de janeiro de 2001, os quais definem como regime de Hospital-Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos que requeiram permanência hospitalar máxima de 12 (doze) horas.

Serão consideradas Cirurgias Ambulatoriais aqueles procedimentos cirúrgicos, terapêuticos ou diagnósticos que não requeiram internações hospitalares. Serão classificados como **Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA)** os procedimentos cirúrgicos, terapêuticos ou diagnósticos, que pressupõe a presença do médico anestesista, realizados com anestesia geral, loco regional ou local, com ou sem sedação que requeiram cuidados pós-operatórios de curta duração, não necessitando internação hospitalar. Serão classificados como **cirurgia menor ambulatorial (cma)** os procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

O registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial se dará pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) (Sistema Oficial do Ministério da Saúde).

O PARCEIRO PRIVADO deve otimizar o lançamento da produção no faturamento do SIH/SUS, com relação à apresentação da AIH 12 horas na Modalidade Hospital Dia – 6 (seis) leitos, considerando:

- 1) Procedimento cirúrgico, realizado em caráter eletivo com tempo de permanência máxima de 12 horas;
- 2) Procedimento diagnóstico que requeira período de preparação e/ou observação médica/enfermagem de até 12 horas;
- 3) Procedimento terapêutico que requeira período de observação de até 12 horas;

V. Serviço de Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas, Multiprofissionais na Atenção Especializada (UNIDADE I)

O PARCEIRO PRIVADO deverá desenvolver um conjunto de atividades e serviços de média e alta complexidade que serão ofertadas aos usuários do SUS pelo hospital, que destinar-se-á minimamente a realização de:

- consultas de atenção especializadas Cardiologia;
- anestesiologia;
- cardiologia/cardiovascular clínica e cirúrgica;
- cirurgia vascular;
- endocrinologia;
- pneumologista;
- cardiologia intervencionista;
- hemodinamicista;
- cirúrgicos bucomaxilofacial;
- cirurgia geral;
- oftalmologia cirúrgica;
- urologia clínica e cirúrgica;
- nefrologia;
- traumatologia/ ortopedia;
- ortopedia subespecialidades;
- cirurgião torácico;
- neurologia clínica,
- neurocirúrgica adulto (neuro-endovascular);
- atenção oncológica (UNACON) Clínica e Cirúrgica;
- mastologia;
- cirurgia reparadora;
- serviços de cardiologia intervencionista e hemodinâmica;
- serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT);
- serviços de cardiologia intervencionista e hemodinâmica;
- serviço de reabilitação fisioterapêutico;
- serviço de atenção às ostomias;
- consulta de profissionais na atenção especializada em psicologia, fonoaudiologia, odontologia;
- serviço de nutrição e dietética;
- serviço assistente social;

O atendimento deverá ser 100% regulado por meio do Sistema Regulação *on-line*, no Complexo Regulador Estadual/SES-MT e deverá funcionar minimamente 12 horas diárias, de segunda à sexta-feira.

O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários do SUS egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas à Central de Regulação Estadual/SES-MT, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

As consultas ambulatoriais deverão ser disponibilizadas e programadas para funcionar semanalmente no mínimo por período de 12 horas, de segunda à sexta-feira, conforme segue:

- a) Primeira consulta (Primeira Vez) e/ou primeira consulta de egresso, agendamento por meio do Sistema de Regulação;

- b) Interconsulta.
- c) Consultas subsequentes (retornos), e
- d) Procedimentos terapêuticos realizados por especialidades Não Médicas.

Deverão ser considerados ainda as seguintes diretrizes:

- a) Entende-se por Consulta de “Primeira Vez”, a visita inicial do usuário do SUS encaminhada pela Central Estadual de Regulação do estado do Mato Grosso/Complexo Regulador Estadual/ SES-MT ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade;
- b) Entende-se por “Interconsulta”, a consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada no próprio Hospital (oriundo do especialista da Consulta de Primeira Vez);
- c) Entende-se por “Consulta subsequente”, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das Consultas de Primeira Vez quanto às subsequentes das interconsultas;
- d) Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de reabilitação Fisioterapia, Psicoterapia, fonoaudiologia, dentre outros, os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes;
- e) O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais e/ou odontológicas), bem como os tipos de consultas (primeira/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de especialidades, dependendo da avaliação das mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida das Regiões de Saúde Oeste e Sudoeste. Pontua-se, ainda, que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente, e que o PARCEIRO PRIVADO responsável pela administração da unidade terá 45 (quarenta e cinco) dias para realizar a modificação solicitada com relação às especialidades ofertadas.
- f) Mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais previstas no contrato de gestão, ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou de tipos de consultas, conforme as especificações deste **Anexo A- Especificações Técnicas, Descritivo de Ações e Serviços/ Atividades Assistenciais**, do Plano de Trabalho.
- g) Serão considerados como cirurgia ambulatorial de menor complexidade os procedimentos cirúrgicos realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesta, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório;
- h) O registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial deve se dar pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) (Sistema Oficial do Ministério da Saúde);
- i) Todos os outros registros do ambulatório também devem ser feitos pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), utilizando o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I, preenchido pelo próprio HOSPITAL, processado e aprovado pelo Ministério da Saúde;
- j) Além de consultas por profissionais de saúde, a equipe ambulatorial executa as prescrições médicas, orienta pacientes e familiares quanto ao tratamento continuado e cumprem as atribuições próprias de enfermagem e o bem-estar do paciente.
- k) O Serviço Ambulatorial, compreendido no Ambulatório de Especialidades, destina-se à realização de consultas especializadas, para atender os usuários do SUS egressos do hospital, os que necessitam de avaliação pré-operatória e os encaminhados/regulados pela Regulação Estadual.

VI. Serviço de Saúde Digital (UNIDADE I)

A implantação do Serviço de Saúde Digital visa integrar a telessaúde ao Hospital, permitindo o atendimento remoto de pacientes por meio de teleconsultas e utilizando tecnologias de ponta para a gestão e acompanhamento de casos clínicos. Isso será alcançado por meio da disponibilização de equipamentos adequados, infraestrutura de conectividade, e a formação de uma equipe capacitada, que garantam um atendimento eficiente, ágil e humanizado.

Ações Principais para Implementação:

a) Infraestrutura e Equipamentos:

- O Hospital deverá **disponibilizar todos os equipamentos necessários** para montar as salas de atendimento virtuais, incluindo dispositivos adequados ao uso de **telemedicina**, como câmeras de alta definição, monitores, sistemas de comunicação seguros, e plataformas de videoconferência.
- A **infraestrutura de conectividade** será essencial, garantindo acesso à internet de alta qualidade para suportar atendimentos de telemedicina sem interrupções, com a segurança exigida para o armazenamento e compartilhamento de dados médicos.

b) Equipe de Teleconsultores e Corpo Clínico:

- O Hospital deverá **disponibilizar uma equipe de teleconsultores**, composta por **especialistas de referência** e **equipes multiprofissionais** (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros) aptos a prestar serviços de telessaúde. A quantidade de profissionais deve ser compatível com a **demand**a dos atendimentos e especializada conforme as necessidades de cada paciente.
- Será necessário garantir a presença de especialistas e profissionais capacitados para realizar consultas à distância, contribuindo para a eficácia dos atendimentos e o bem-estar dos pacientes.

c) Tempo de Disponibilidade para Atendimento:

- Cada **especialidade médica** deve dedicar, no mínimo, **2 horas diárias** para o atendimento via telessaúde, garantindo a regularidade e a disponibilidade de especialistas para atender os pacientes remotamente de acordo com a demanda.

d) Telerregulação:

- O Hospital deve disponibilizar, dentro de suas instalações, um **telerregulador** responsável por monitorar a plataforma digital de telessaúde, receber as demandas de atendimento e encaminhar aos **especialistas adequados**. Este profissional terá papel fundamental na organização e direcionamento correto das solicitações, garantindo agilidade e precisão no atendimento.

e) Capacitação e Treinamento:

- Para garantir o bom uso da plataforma de telessaúde, será necessário organizar sessões de **capacitação para os especialistas**. Estas sessões devem ser **agendadas com o Núcleo de Telessaúde e Saúde Digital MT**, para que os profissionais se familiarizem com a tecnologia e os fluxos de atendimento, assegurando a qualidade do serviço prestado.

f) Fluxo de Atendimento:

- O Hospital deverá seguir o **fluxo de atendimento** elaborado pela **equipe técnica do Núcleo de Telessaúde e Saúde Digital MT**, garantindo que todos os protocolos sejam seguidos rigorosamente para a realização de consultas remotas, desde o registro do paciente até o encerramento do atendimento.

A implantação de Saúde Digital no Hospital proporcionará uma **ampliação do acesso à saúde**, especialmente para aqueles que necessitam de consultas com especialistas, mas não podem se deslocar fisicamente até a unidade de saúde. Com a criação de uma infraestrutura robusta e a formação de uma equipe qualificada, o Hospital será capaz de oferecer **atendimentos eficientes e seguros**, com toda a tecnologia necessária para proporcionar uma experiência de saúde digital moderna e de qualidade.

VII. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) EXTERNO (UNIDADE I)

Entende-se por Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapia a usuários do SUS atendidos em regime de ambatório, urgência/emergência, internação e hospital-dia conforme a necessidade dos usuários do SUS.

O SADT na **UNIDADE I** deverá funcionar em regime de 24 horas/dia, ininterruptamente, para pacientes INTERNADOS e 12 horas/dia para pacientes EXTERNOS (70%) (encaminhados pela Regulação Estadual).

O hospital também ofertará os serviços de SADT a usuários do SUS EXTERNOS ao Hospital, encaminhados pela Regulação Estadual /SES-MT para realização de atividades de SADT.

O SADT para atendimento dos internos não irá compor a Linha de Serviços para efeito de cumprimento de metas, porém o PARCEIRO PRIVADO deverá ofertar/disponibilizar esses serviços conforme necessidade e gravidade do usuário do SUS e apresentar mensalmente a produção realizada dentro do faturamento de internação hospitalar;

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

Os exames de SADT elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimento, Medicamento e Órteses Próteses e Materiais do SUS (SIGTAP):

- a) **SADT EXTERNO AMBULATORIO** de Atenção Especializada/Especialidades/Trauma: define-se como os exames realizados para os usuários do SUS EGRESSOS do hospital e os referenciados pelo sistema de agendamento por meio da Central Reguladora do estado do Mato Grosso.
- b) **SADT URGÊNCIA\EMERGÊNCIA**: define-se como os exames realizados para os usuários do SUS em atendimento urgência/emergência no pronto atendimento do próprio hospital.

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO / FINALIDADE DIAGNÓSTICA
DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO (incluindo diagnóstico por teste rápido)
DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA / Coleta de Material por meio de PUNÇÃO/BÍÓPSIA (*)
Diagnóstico e procedimentos especiais em Hemoterapia
DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA
(Broncoscopia (Broncofibroscopia) / COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA) / Cistoscopia e/ou Uretroscopia e/ou Uretroscopia/ Esofagogastroduodenoscopia (EDA) / Colonoscopia (Coloscopia) / Retossigmoidoscopia)
(*)
DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC)
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA / EXAMES RADIOLÓGICOS (Radiografia e Mamografia) (*)
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA (Angiografia, Aortografia, Arteriografia) (**)
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA E ECO Conv. / Doppler Colorido (com ou sem doppler) / Ultra-sonografias dos demais sistemas (*)
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES - Diagnóstico Cardiologia / Urologia/ Neurologia / Pneumologia / Otorrino

(*) PORTARIA SAES/MS Nº 688, DE 28 DE AGOSTO DE 2023 Altera a Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia. PORTARIA GM/MS Nº.189, DE 31 DE JANEIRO DE 2014 Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.

(**) PORTARIA Nº 210, DE 15 DE JUNHO DE 2004, que define Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e suas aptidões e qualidades.

VIII. Serviço de Urgência/Emergência (UNIDADE I)

A Unidade Hospitalar deverá dispor de atendimento às urgências e emergências referenciadas, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/MT, durante 24 horas por dia, ininterruptamente;

Deverá dispor de Sala de Estabilização com 2 leitos, Box de Emergência com 8 leitos, 1 leito de isolamento, e 13 leitos de Observação (masculino e feminino):

SERVIÇO DE URGÊNCIA & EMERGÊNCIA	
Estabilização	2
Box Emergência	8
Isolamento	1
Observação	13

O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir a atuação do Serviço de Urgência e Emergência atendendo aos seguintes aspectos:

a) Atendimentos Realizados:

- **Porta Aberta:** Atendimento imediato a vítimas de acidentes, traumas e causas externas, recebidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Corpo de Bombeiros (SIATE), Polícia Militar e Rodoviária Federal.
- **Encaminhamentos Regulares:** Recebimento de pacientes encaminhados pela Central Estadual de Regulação do estado do Mato Grosso, conforme fluxo estabelecido.

b) Procedimentos Clínicos e Cirúrgicos:

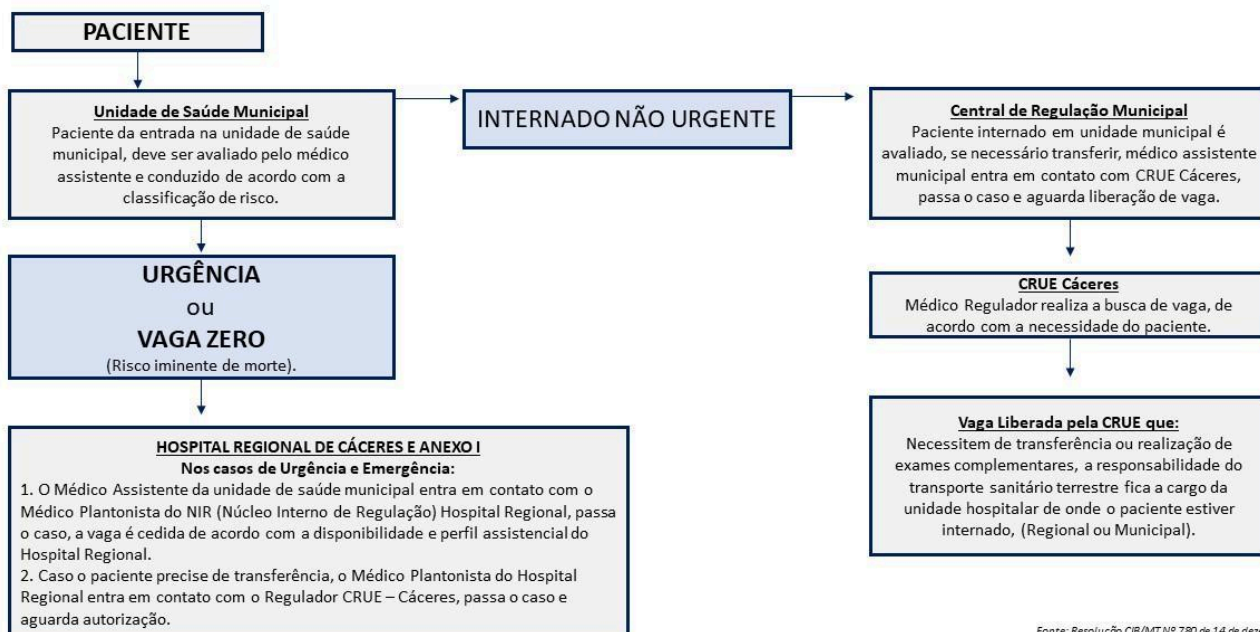
- **Atendimentos de Urgência e Emergência:** Realização de procedimentos necessários para estabilização e tratamento imediato de pacientes em situações críticas.
- **Observação:** Pacientes que necessitam de monitoramento contínuo, mas não requerem internação, devem ser mantidos em leitos de observação por período inferior a 24 horas, sem registro de hospitalização.

c) Diretrizes Operacionais:

- **Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR):** Implementação da porta hospitalar de urgência/emergência conforme a Política Nacional de Humanização (PNH), priorizando o atendimento conforme a gravidade do caso.
- **Equipe Médica:** Disponibilização de profissionais qualificados, com títulos ou certificados das especialidades correspondentes, registrados no Conselho Regional de Medicina, em número suficiente para atender à demanda do Serviço de Urgência e Emergência.
- **Atendimento 24/7:** Disponibilidade para atender demandas próprias do ambulatório, da população e casos encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano, conforme classificação de risco.
- **Registro de Atendimentos:** Informação de todos os atendimentos realizados no setor de urgência, independentemente de resultarem em hospitalização.
- **Fluxo de Regulação:** Atendimento conforme o fluxo de regulação da urgência e emergência, conforme disposto na Resolução CIB nº. 780 de dezembro de 2023 (Estabelece o fluxo de regulação de urgência e emergência no estado do Mato Grosso), nos casos de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, fraturas de ossos longos, risco iminente, acidente vascular encefálico isquêmico em janela terapêutica, entre outros agravos estabelecidos no Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do SUS e Resolução CFM nº.2077, 24 de julho de 2014, que Normatiza o funcionamento dos serviços hospitalares de urgência e emergência, incluindo o dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.
 - Na Resolução CIB/MT supracitada, estabelece a divisão dos municípios de “Vaga Zero” ao qual a **UNIDADE I** é referência no atendimento da Região Oeste e Sudoeste de Saúde do estado de Mato Grosso, na regulação de urgência e emergência de acordo com o seu perfil assistencial.
 - A seguir o fluxo de regulação de urgência e emergência – **VAGA ZERO DA REGIÃO OESTE** e na sequência os municípios que terão como referência o Hospital Regional de Cáceres (**UNIDADE I**):

Figura 01. Fluxo de regulação de urgência e emergência – **REGIÃO OESTE DE SAÚDE**, Mato Grosso, 2023

FLUXO DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGIÃO OESTE (12 MUNICÍPIOS) - CÁCERES



Fonte: Resolução CIB/MT Nº 780 de 14 de dezembro de 2023.

Fonte: Resolução CIB/MT Nº 780 de 14 de dezembro de 2023.

Figura 02. Municípios que terão como referência o Hospital Regional de Cáceres (**UNIDADE I**) - **REGIÃO OESTE DE SAÚDE**

MUNICÍPIO	
Araputanga	Mirassol d'Oeste
Cáceres	Porto Esperidião
Curvelândia	Rio Branco
Glória d'Oeste	Reserva do Cabaçal
Indiavaí	São José dos Quatro Marcos
Lambari d'Oeste	Salto do Céu
TOTAL: 12	

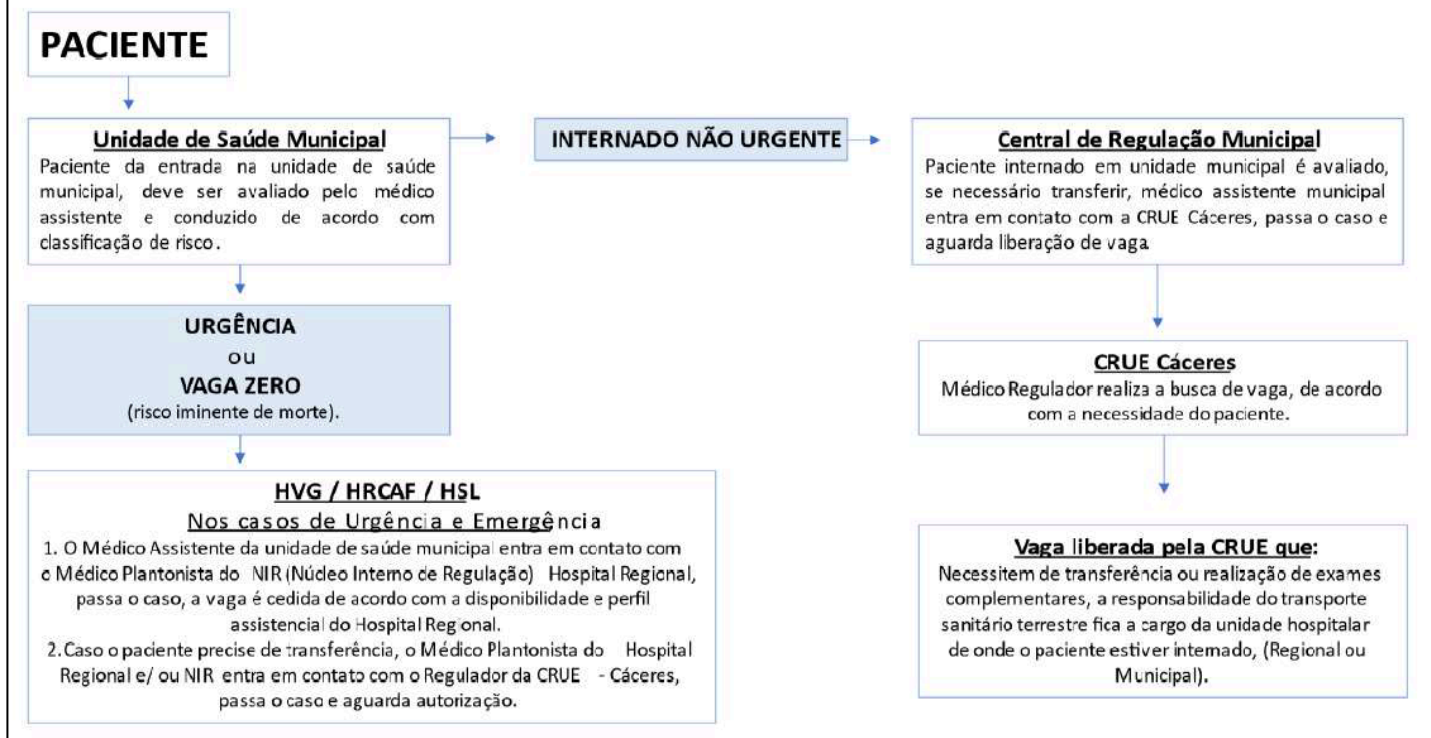
Fonte: Resolução CIB/MT Nº 780 de 14 de dezembro de 2023.

- A seguir o fluxo de regulação de urgência e emergência – **VAGA ZERO DA REGIÃO SUDOESTE** e na sequência os municípios que terão como referência o Hospital Regional de Cáceres (**UNIDADE I**):

Figura 03. Fluxo de regulação de urgência e emergência – **REGIÃO SUDOESTE DE SAÚDE**, Mato Grosso, 2023

ANEXO XII

FLUXO DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA- REGIÃO SUDOESTE MATOGROSSENSE



Fonte: Resolução CIB/MT Nº 780 de 14 de dezembro de 2023.

- Municípios que, para o fluxo de regulação de urgência e emergência – **VAGA ZERO DA REGIÃO SUDOESTE**, terão como referência o Hospital Regional de Cáceres, Mato Grosso, 2023.
-

Figura 04. Municípios que terão como referência o Hospital Regional de Cáceres (UNIDADE I) - REGIÃO SUDOESTE DE SAÚDE

MUNICÍPIO
Figueirópolis D'Oeste
Jauru
TOTAL: 2

Fonte: Resolução CIB/MT Nº 780 de 14 de dezembro de 2023.

IX. Serviço de Assistência em Atenção Médico Domiciliar e cuidados paliativos (UNIDADE I)

O PARCEIRO PRIVADO deverá oferecer ou contratar Serviço de Assistência em Atenção Médico Domiciliar incluindo cuidados paliativos, para garantir a continuidade do cuidado dos usuários do SUS em domicílio, conforme a necessidade indicada pelo *Time* de Desospitalização, utilizando o método de **classificação de pacientes em assistência domiciliária em alta complexidade** da Associação Brasileira de Empresas de Medicina de Internação Domiciliar (ABEMID), conforme os níveis 4 e 5 – Alta Complexidade, conforme considerações como segue:

Implantar / Implementar o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) na UNIDADE I: Hospital Regional Dr Antonio Fontes, com a proposta de reduzir a demanda hospitalar, diminuir a permanência de usuários do SUS no ambiente hospitalar, humanizar o atendimento à saúde, ampliar a autonomia dos usuários e otimizar recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde.

Tal serviço visa atender pessoas em situação de restrição ao leito ou lar, ou com condição clínica de vulnerabilidade, tanto de forma temporária quanto permanente, onde a atenção domiciliar é a solução mais oportuna para tratamento, paliatividade, reabilitação e prevenção de agravos. O serviço será especialmente útil em casos de:

- Afecções agudas com necessidade de tratamentos parenterais ou procedimentos frequentes.
- Afecções crônicas agudizadas que exigem cuidados sequenciais, tratamentos parenterais ou reabilitação.
- Cuidados paliativos, necessitando de visitas sequenciais para manejo de sintomas não controlados.

a) Equipe e Carga Horária:

- Profissionais Essenciais:
 - Médico: 40 horas semanais
 - Enfermeiro: 60 horas semanais
 - Fisioterapeuta: 30 horas semanais
 - Assistente Social: 30 horas semanais
 - Técnico de Enfermagem: 120 horas semanais
- Equipe Multidisciplinar de Apoio (mínimo 90 horas totais):
 - Fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional.
- Exigência mínima de carga horária: Nenhum profissional poderá ter carga horária inferior a 20 horas semanais.

b) Atribuições da Equipe de Atendimento Domiciliar:

- Realizar assistência à saúde do usuário do SUS.
- Identificar, orientar e capacitar os cuidadores, respeitando limites e potencialidades dos usuários do SUS.
- Acolher demandas de dúvidas e queixas de usuários do SUS, familiares e cuidadores.
- Promover espaços de cuidado e troca de experiências para cuidadores e familiares.
- Utilizar linguagem acessível, considerando o contexto do usuário do SUS.

c) Frequência de Atendimento:

- A equipe de atendimento domiciliar deverá realizar, no mínimo, 1 (uma) visita semanal a cada usuário do SUS.

d) Encaminhamento e Admissão de Pacientes:

- O encaminhamento será feito prioritariamente por meios digitais (*e-mail* ou sistema informatizado) com preenchimento de instrumentos específicos e identificação do profissional responsável.
- A admissão exigirá a concordância do usuário do SUS ou responsável legal, além da assinatura do termo de esclarecimento e responsabilidade. Para o desligamento, será necessário o termo de recusa de atendimento.

e) Número de Pacientes:

- Estima-se o atendimento de 54 usuários do SUS por mês, com um total de 570 atendimentos/ visitas mensais, podendo variar conforme as características dos usuários e as particularidades regionais de mobilidade.

f) Assistência e Continuidade:

- O serviço de atendimento domiciliar garantirá a continuidade e regularidade da assistência, conforme o **Plano Terapêutico Singular (PTS)**, incluindo atendimentos à noite, finais de semana e feriados, com escalas especiais, plantões presenciais ou retaguarda de profissionais da rede local.
- Quando necessário, o PARCEIRO será responsável pelo acesso às medicações e especialidades, além de suporte diagnóstico complementar e internação eletiva ou de urgência.

g) Atendimento Remoto:

- O atendimento remoto será possível após avaliação presencial, para orientações e auxílio ao usuário do SUS, sendo intercalado com visitas presenciais e registrado no Plano Terapêutico de cada usuário e no relatório de produtividade da equipe. O atendimento remoto estará disponível durante todo o horário de funcionamento do serviço.

h) Transporte e Registros:

- O serviço incluirá transporte eletivo e de urgência para os usuários do SUS, conforme necessidade.

- Os prontuários dos usuários do SUS atendidos/ assistidos serão armazenados na estrutura física do PARCEIRO PRIVADO, garantindo segurança e acessibilidade às informações.

A implantação do Serviço de Atendimento Domiciliar com cuidados paliativos permitirá uma abordagem mais humanizada, com um atendimento personalizado e eficiente, beneficiando usuários do SUS que necessitam de cuidados contínuos e de qualidade, ao mesmo tempo em que otimiza os recursos da saúde e reduz a sobrecarga hospitalar. A estrutura multidisciplinar, a flexibilidade no atendimento remoto e a assistência contínua serão pilares essenciais para o sucesso deste serviço inovador.

X. Time de Desospitalização (UNIDADE I)

O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de um Time de Desospitalização que inclua assistente social, responsável pela elaboração e implementação de estratégias destinadas à otimização do tempo de permanência, giro de leito e garantia da alta segura.

A atuação do *time* de desospitalização deve ser pautada em critérios de transição do cuidado de forma humanizada, de acordo com as necessidades do paciente e de sua família e articuladas com o Núcleo interno de regulação – NIR, Comissão de Humanização, Comissão de Cuidados Paliativos. Também deverá estar articulado com o serviço de atenção domiciliar que deverá ser contratado ou oferecido pelo PARCEIRO PRIVADO.

Considerando que a desospitalização é uma estratégia que visa proporcionar continuidade do cuidado em ambientes extra-hospitalares, reduzindo o tempo de internação e promovendo uma assistência humanizada. No contexto das Organizações Sociais de Saúde (OSS), a implementação de um Time de Desospitalização é fundamental para alcançar esses objetivos.

a) Objetivo:

- Otimizar o tempo de permanência dos pacientes.
- Aumentar o giro de leitos.
- Garantir alta segura e humanizada.

b) Composição da Equipe:

- Assistente social.
- Outros profissionais conforme necessário para transição do cuidado.

c) Atuação:

- Implementação de estratégias para desospitalização eficaz.
- Coordenação com o **Núcleo Interno de Regulação (NIR)**.
- Articulação com a **Comissão de Humanização e Comissão de Cuidados Paliativos**.
- Planejamento da continuidade do cuidado pós-alta.

d) Parcerias e Continuidade do Cuidado:

- Conexão com **Serviço de Atenção Domiciliar**.
- Serviço pode ser contratado ou oferecido pelo **Parceiro Privado**.

e) Principais Atribuições

- **Elaboração de Estratégias de Alta:** Desenvolver planos que assegurem a continuidade do cuidado pós-alta, considerando as necessidades específicas de cada paciente e sua família.
- **Articulação Intersectorial:** Trabalhar em conjunto com o Núcleo Interno de Regulação (NIR), Comissão de Humanização e Comissão de Cuidados Paliativos para garantir uma transição de cuidado eficiente e humanizada.
- **Coordenação com Serviços de Atenção Domiciliar:** Estabelecer conexões com serviços de atenção domiciliar, que podem ser contratados ou oferecidos pelo parceiro privado, para dar suporte contínuo ao paciente após a alta hospitalar.

f) Benefícios Esperados

- **Redução do Tempo de Internação:** Diminuir o período de permanência hospitalar, liberando leitos para novos pacientes e otimizando os recursos disponíveis.
- **Continuidade do Cuidado:** Assegurar que o paciente receba acompanhamento adequado em domicílio, prevenindo reinternações e complicações.
- **Envolvimento Familiar:** Promover a participação ativa da família no processo de cuidado, fortalecendo o suporte ao paciente e melhorando a qualidade de vida.

A implementação eficaz de um Time de Desospitalização requer uma abordagem multidisciplinar e integrada, focada na humanização do atendimento e na continuidade do cuidado em diferentes níveis de atenção à saúde.

XI. Serviço de Verificação de Óbitos Não Invasivo ou Autópsia Minimamente Invasiva (AMI) - (UNIDADE I)

O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor do Serviço de Verificação de Óbito Não Invasivo ou Autópsia Minimamente Invasiva (AMI), que representa uma revolução na forma como realizamos a investigação de óbitos, considerando que:

- a) A implantação do Serviço de Verificação de Óbito Não Invasivo ou Autópsia Minimamente Invasiva (AMI) visa modernizar a investigação das causas de óbitos, utilizando métodos avançados de diagnóstico que substituem a necessidade de autópsias convencionais. O serviço visa obter informações precisas sobre a causa da morte, sem a necessidade de abrir o corpo, por meio de tecnologias de imagem e coleta de amostras de tecidos.
- b) Em 2019, o Brasil registrou 33,7% de óbitos com causa natural inespecífica, o que indica uma lacuna significativa na precisão dos dados de mortalidade. Melhorar o diagnóstico dessas causas é essencial para a obtenção de dados mais acurados e para a aprimoração da Vigilância em Saúde. Esse desafio é ainda maior considerando as desigualdades regionais no acesso a serviços de verificação de óbitos (SVO) e a estruturação da Atenção e Vigilância em Saúde, <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-vigilancia-do-obito-de-causa-natural-inespecifica-no-brasil.pdf>
- c) De 2019 a 2023, o município de Cáceres registrou 168 óbitos com causas mal definidas, representando uma média de 3 a 4 óbitos mensais no Hospital Regional Dr. Antônio Fontes, conforme dados extraídos do SIM e do SIH disponíveis nos portais governamentais, dados extraídos disponíveis no link <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10MT.def>, <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nimt.def>.
- d) A adoção da AMI representa um avanço importante para a saúde pública no Brasil, especialmente em regiões com dificuldades no acesso a métodos tradicionais de verificação de óbito. Com a redução das causas de morte mal definidas e o aprimoramento da precisão nos dados de mortalidade, o serviço contribuirá significativamente para a melhoria das políticas de saúde pública no país.

Tecnologia a ser utilizada: Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (RM): Técnicas de imagem avançadas serão utilizadas para analisar os corpos sem a necessidade de abertura, e **Coleta de amostras por agulhas guiadas por imagem:** Permitirá a obtenção de tecidos para exames laboratoriais, complementando o diagnóstico da causa da morte.

Benefícios Esperados:

- **Maior Precisão no Diagnóstico de Causas de Morte:** A AMI proporciona uma abordagem mais acurada, ajudando a identificar causas de óbito que não seriam claramente detectadas em exames convencionais.
- **Redução do Impacto Social e Psicológico:** Ao evitar a abertura do corpo, reduz-se o trauma para as famílias e para os profissionais de saúde.
- **Aprimoramento dos Dados de Mortalidade:** O uso da AMI permitirá a obtenção de dados mais precisos, essencial para políticas públicas de saúde e planejamento de ações preventivas.
- **Aumento da Eficiência na Investigação de Óbitos:** A implementação do AMI nos hospitais regionais facilita uma análise rápida e menos invasiva, contribuindo para a eficácia na vigilância epidemiológica.

O PARCEIRO PRIVADO será responsável por fornecer os insumos necessários (sistemas de coleta de amostras por agulha) e treinar a equipe de saúde local para realizar os procedimentos. A implantação será feita inicialmente no Hospital Regional Dr. Antônio Fontes, com possibilidade de expansão para outras unidades conforme a demanda.

A Autópsia Minimamente Invasiva (AMI) se baseia em técnicas de imagem, como a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM), combinadas com a coleta de amostras de tecidos por meio de agulhas guiadas por imagem, conforme detalhamento Quadro infra:

DESCRIÇÃO/ PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	FÍSICO ESTIMADO (n)/ MENSAL	TOTAL / ANUAL
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CBO Médico Radiologista / CBO Médico necropsista / CBO Médico Patologista)	4	48
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) (técnico em radiologia, técnico ou auxiliar em necropsia)	4	48
BIOPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAO X	4	48
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	4	48
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	4	48
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	4	48
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	4	48
Total	28	336

XII. Serviço de Captação de Órgãos (UNIDADE I)

O Hospital deverá dispor de Serviço de Captação de Órgãos, que será composto por um conjunto de ações coordenadas para identificar potenciais doadores, confirmar a morte encefálica, realizar a retirada de órgãos e tecidos, e garantir a distribuição dos mesmos para pacientes na lista de espera por transplantes. A implantação deste serviço visa salvar vidas por meio de uma rede de doação de órgãos eficaz, com equipe altamente capacitada tanto técnica quanto humanamente.

Processo de Captação de Órgãos: O serviço funcionará conforme o processo e fluxo estabelecido pela Coordenadoria de Transplantes da Superintendência de Regulação – SUREG/SES/MT, englobando as seguintes etapas:

- Notificação da Morte Encefálica:** Quando um paciente for diagnosticado com morte encefálica, a equipe médica do hospital deverá notificar imediatamente a Central de Transplantes. A notificação é um requisito fundamental para iniciar o processo de avaliação de doadores e possibilitar o encaminhamento dos órgãos para pacientes que aguardam transplante.
- Avaliação do Doador:** Uma equipe especializada, composta por médicos e profissionais capacitados, realizará uma avaliação completa do doador potencial. Esta avaliação inclui a revisão da história clínica, exames complementares para confirmar a morte encefálica, e a verificação das condições clínicas do doador para garantir a viabilidade dos órgãos para o transplante.
- Consentimento Familiar:** Após a confirmação da morte encefálica, a equipe médica abordará a família do doador, informando-os sobre a possibilidade de doação de órgãos. Se a família concordar, será solicitada a autorização formal para a retirada dos órgãos, garantindo que o processo siga com o consentimento necessário.
- Retirada dos Órgãos:** Uma equipe cirúrgica especializada será responsável pela retirada dos órgãos do doador. O procedimento será conduzido com a máxima segurança e respeito ao corpo do doador, utilizando recipientes especiais para acondicionar os órgãos. Após a retirada, os órgãos serão transportados para os centros transplantadores.
- Distribuição dos Órgãos:** Os órgãos retirados serão distribuídos para os pacientes na lista de espera para transplantes, respeitando critérios rigorosos de compatibilidade imunológica, urgência e viabilidade do transplante. A Central de Transplantes coordenará essa distribuição, assegurando que os órgãos cheguem rapidamente aos centros de transplante especializados.

- f) Equipe Multidisciplinar:** A Equipe do Serviço de Captação de Órgãos será composta por profissionais altamente capacitados, incluindo médicos, cirurgiões, enfermeiros e outros especialistas. Cada membro da equipe desempenhará atribuições específicas no processo de captação, desde a notificação até a retirada e transporte dos órgãos. A colaboração e a comunicação eficaz entre todos os envolvidos são essenciais para garantir o sucesso do processo.
- g) Capacidades Técnicas e Humanas:** Além da alta capacitação técnica, a equipe deverá demonstrar sensibilidade e empatia, especialmente durante a abordagem familiar para obter o consentimento da doação. O respeito ao luto da família e a explicação clara do processo de doação são partes fundamentais do serviço, garantindo que a experiência, apesar da tristeza, seja conduzida de maneira respeitosa e solidária.

A implantação do Serviço de Captação de Órgãos no hospital terá um impacto direto e positivo na vida de pacientes que aguardam por transplantes. Com uma equipe qualificada e um processo organizado e humanizado, o hospital contribuirá significativamente para o sucesso da rede de transplantes, permitindo que órgãos sejam captados e distribuídos de maneira eficiente, rápida e com respeito às normas éticas e legais do processo.

PROCEDIMENTO	FÍSICO ESTIMADO (n) / MENSAL	FÍSICO ESTIMADO / ANUAL
AÇÕES RELACIONADAS A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE	1	12
COLETA DE SANGUE EM HEMOCENTRO P/ EXAMES DE HISTOCOMPATIBILIDADE (CADASTRO DE DOADOR NO REDOME)		
TOTAL AÇÕES RELACIONADAS A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE	1	12

XIII. Serviço de Hemoterapia (UNIDADE I)

O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir que o Serviço de Hemoterapia do hospital opere de maneira eficiente e em conformidade com as regulamentações vigentes, considerando a atuação mínima do serviço como segue:

- a) Fornecimento de Hemocomponentes:** O hospital receberá hemocomponentes fornecidos pelo MT Hemocentro/ SES-MT, assegurando a disponibilidade contínua de sangue e seus derivados para atender às necessidades transfusionais dos pacientes.
- b) Unidade de Coleta e Tratamento (UCT):** Localizada nas dependências da **UNIDADE I**: Hospital Regional Dr. Antonio Fontes, a UCT será responsável pela coleta, processamento e fornecimento de hemocomponentes, além de prestar assessoria técnica e oferecer treinamentos específicos em hemoterapia e hematologia para a equipe do hospital. A UCT atenderá ambas as unidades hospitalares (**UNIDADE I e UNIDADE II**).
- c) Procedimentos Pré-Transfusionais:** O hospital deverá realizar testes pré-transfusionais, como tipagem sanguínea e provas de compatibilidade, garantindo a segurança e a eficácia das transfusões, conforme as solicitações médicas e em conformidade com a legislação vigente.
- d) Responsabilidades do Hospital:**
- **Solicitação de Hemocomponentes:** Efetuar pedidos de hemocomponentes ao MT Hemocentro/ SES-MT de acordo com as necessidades clínicas dos pacientes.
 - **Transporte e Acondicionamento:** Assegurar o transporte adequado e o correto armazenamento dos hemocomponentes, mantendo a integridade e a qualidade dos produtos até o momento da transfusão.
 - **Realização de Transfusões:** Executar os procedimentos transfusionais seguindo protocolos estabelecidos e boas práticas, monitorando os pacientes durante e após a transfusão para identificar possíveis reações adversas.
- e) Adequação da Infraestrutura:** O parceiro privado poderá propor modificações na distribuição física das instalações relacionadas ao Serviço de Hemoterapia, visando otimizar os fluxos assistenciais internos. Qualquer alteração deverá ser previamente aprovada pela Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso (SES/MT).

- f) **Conformidade com a Legislação:** Todas as atividades do Serviço de Hemoterapia devem estar em conformidade com as normativas federais e estaduais aplicáveis, incluindo a Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, que regulamenta as atividades hemoterápicas no país.

XIV. Serviço de Cardiologista Intervencionista e Hemodinâmica (UNIDADE I)

O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de Serviço de Cardiologia Intervencionista e Hemodinâmica no hospital que atenda aos critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 210, de 15 de junho de 2004, que define as Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, e atuando como segue:

- a) **Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular:** O hospital deverá ser habilitado como Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, conforme os critérios estabelecidos na legislação vigente.
- b) **Equipe Multidisciplinar:** Constituirá uma equipe composta por cardiologistas intervencionistas, enfermeiros especializados, técnicos em hemodinâmica e outros profissionais capacitados para realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos de alta complexidade.
- c) **Infraestrutura Adequada:** Dispor de instalações e equipamentos modernos e em conformidade com as especificações técnicas exigidas para a realização de procedimentos de hemodinâmica e cardiologia intervencionista.
- d) **Protocolos e Diretrizes:** Implementará protocolos clínicos baseados em evidências e seguirá as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para garantir a qualidade e a segurança dos procedimentos realizados.
- e) **Monitoramento e Avaliação:** Estabelecerá mecanismos de monitoramento contínuo dos resultados clínicos e operacionais, visando à melhoria contínua da qualidade do serviço prestado.
- f) **Educação e Treinamento:** Promoverá programas de educação continuada e treinamento para a equipe, assegurando a atualização constante em técnicas e práticas inovadoras na área de cardiologia intervencionista.
- g) **Fluxo de Referência e Contrarreferência:** Manterá um sistema eficiente de referência e contrarreferência com outras unidades de saúde, garantindo a continuidade do cuidado e o atendimento integral ao usuário do SUS.

XV. Serviço de Transporte Sanitário

O PARCEIRO PRIVADO deverá:

- a) Ofertar transporte sanitário aos usuários do SUS internos que demandem serviços de transporte terrestre em Ambulâncias de Suporte Básico Tipo B e Ambulância de Suporte Avançado Tipo D, conforme Portaria nº.2.048 GM/MS, de 05 de novembro de 2002, para remoção inter-hospitalar à centros clínicos para a realização de exames não ofertados pelo HOSPITAL ou mesmo para realização de procedimentos cuja referência é outro hospital. Abaixo o físico estimado:

TIPOLOGIA / TRANSPORTE	FÍSICO ESTIMADO (KM RODADO) / MENSAL	FÍSICO ESTIMADO (KM RODADO)/ ANUAL
TRANSPORTE TERRESTRE SUPORTE BÁSICO TIPO B (KM RODADO)	8.500	102.000
TRANSPORTE TERRESTRE SUPORTE AVANÇADO TIPO D (KM RODADO)	4.250	51.000
TOTAL (KM RODADO)	12.750	153.000

- b) No caso de o usuário do SUS necessitar de aeronave de Transporte Aeromédico Tipo E, este será autorizado/regulado pela Equipe dos Profissionais Médicos Reguladores/SES da Central Estadual de Regulação /SES-MT, conforme pactuação estabelecida e responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde;
- c) O Serviço Móvel e a frota de ambulâncias hoje disponíveis no HOSPITAL serão mantidas pelo PARCEIRO PRIVADO.

XVI. Qualificação Profissional e Integração Ensino-serviço (UNIDADE I)

- a) Deverão ser mantidas atividades de aperfeiçoamento e capacitação em áreas assistenciais e de suporte técnico administrativo, com implementação de programa de qualificação profissional aos colaboradores, visando melhoria de acesso e qualidade da assistência.
- b) Caso demandado pela Secretaria de Estado de Saúde- SES/MT, deverá ser disponibilizado campo de estágio para os cursos da área de saúde nos níveis, técnico, graduação e pós-graduação. Para o desenvolvimento dessas atividades o HOSPITAL deverá adequar-se às exigências do MEC para as devidas certificações.
- c) Caso demandado pela Secretaria de Estado de Saúde - SES/MT, deverá ser disponibilizado campo para a implantação de programas de residências médicas e multiprofissionais.
- d) Caso demandado pela Secretaria de Estado de Saúde- SES/MT, deverá ser implantado a Rede RUTE (Rede Universitária de Telemedicina); sua implantação trará impacto científicos, tecnológicos, econômicos e sociais para os serviços médicos, permitindo a adoção de medidas simples e de baixo custo, além de proporcionar a capacitação de profissionais, em especial da área médica sem deslocamento para os centros de referência.
- e) Deverá ser implementada a Comissão Interna de Integração Ensino e Serviço - CIES.

XVII. Comissões Clínicas, Comitês e Núcleos Hospitalares (UNIDADE II)

O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor e manter em pleno funcionamento, no mínimo, a Comissões, Comitês e Núcleos detalhados nos **itens 1.2.39 e 1.2.40** deste instrumento.

3.4. METAS DE PRODUÇÃO (UNIDADE I)

3.4.1. REGRA GERAL

Serão apresentados os **indicadores e as metas de produção** para a **UNIDADE I: Hospital Regional Dr Antonio Fontes** referentes aos serviços assistenciais, os quais correspondem a **90%** do valor mensal estimado de custeio.

O PARCEIRO PRIVADO deverá informar **mensalmente** os **Resultados dos Indicadores de Produção**, que estão relacionados à **QUANTIDADE** de assistência oferecida aos usuários do SUS da **UNIDADE I: Hospital Regional Dr Antonio Fontes**.

Serão consideradas como Metas de Produção determinantes do pagamento da **parte fixa de custeio**, os seguintes critérios:

I. Internações Hospitalares (UNIDADE I)

- a) Saídas de Clínicas/especialidades (traumato, ortopedia, neurologia e neurocirurgia, cirurgia geral, urologia, nefrologia, otorrinolaringologista, Bucomaxilofacial, oftalmologia, vascular, gastroenterologista, cardiologia clínica, oncologia clínica, endocrinologia, pneumologia);
- b) Saídas Cirúrgicas/especialidades (traumato, ortopedia, neurologia e neurocirurgia, cirurgia geral, urologia, nefrologia, otorrinolaringologista, Bucomaxilofacial, oftalmologia, vascular, gastroenterologista, cardiologia/cardiovascular, cirurgião torácico, oncologia cirúrgica);
- c) Diárias de Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva e cuidados progressivos (UTI);
- d) Diária de Leitos Complementares de Unidade de Cuidados Intermediários (UCI)

O hospital deverá realizar mensalmente **386 Saídas** em Clínica Adulto, minimamente, no primeiro ano de operação, com variação de mais (+) ou menos (-) 10%, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, e tempo médio de permanência (paciente-dia) entre 3 e 4, ficando estimativa da média ponderada em 3,4, e considerando a Taxa de Ocupação de 85%, classificando as saídas de clínica (de acordo com a classificação do Manual SIHD), pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Quadro 02. Meta de saídas hospitalares em Clínica Médica Adulto para a **UNIDADE I:** Hospital Regional Dr Antonio Fontes.

Internação (saídas hospitalares)	Meta Mensal	Meta 12 meses
Saídas Clínica Adulto	386	4.635

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

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

II. Cirurgias de Média e Alta Complexidade (UNIDADE I)

O hospital deverá realizar mensalmente **424** Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica Adulto, compreendendo o atendimento das eletivas e da urgência, no primeiro ano de operação, com variação de mais (+) ou menos (-) 10%, sendo Cirurgia Eletiva (70%) e Cirurgia de Urgência/Emergência (30%), de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, e o Tempo Médio de Permanência variando em torno de 1 a 8,3, ficando a estimativa da média ponderada em 3,75, considerando a Taxa de Ocupação de 85%, classificando as saídas cirúrgicas em eletivas e de urgência (de acordo com a classificação do Manual SIHD), pelo Sistema Único de Saúde – SUS,

Quadro 03. Meta de saídas hospitalares em Clínica Cirúrgica Adulto para a **UNIDADE I:** Hospital Regional Dr Antonio Fontes.

Internação (saídas hospitalares)	Meta Mensal	Meta 12 meses
Saídas Cirúrgica Adulto	424	5.082
- Cirúrgica eletivas (70%) e		
- Cirúrgica Urgência (30%)		

As saídas hospitalares em clínica cirúrgica devem corresponder ao volume de cirurgias de MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE realizadas dentro do período de um ano nas especialidades e quantidades mínimas descritas abaixo:

Volume anual de cirurgias com internação em clínica cirúrgica - por Serviço/ Especialidade	
Cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	
Cirurgia de tireoide e paratireoide	
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	
Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	
Cirurgia do aparelho da visão	
Cirurgia do aparelho circulatório	
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	
Cirurgia do sistema osteomuscular	
Cirurgia do aparelho geniturinário	
Cirurgia Torácica	
Cirurgia reparadora	
Cirurgia Bucomaxilofacial	
Cirurgias - Procedimentos cirúrgicos gerais	
Cirurgia Oncológica	
Total	5.472

O volume total de cirurgias é maior do que o de saídas cirúrgicas, considerando a premissa de que o volume cirúrgico supera em torno de 10% com relação às de saídas cirúrgicas.

Reduzir 30% da demanda reprimida por procedimentos cirúrgicos, conforme levantamento do Sistema de Regulação on-line.

Os pacientes que passarem por procedimentos cirúrgicos que requeiram permanência hospitalar menor de 12 horas, incluindo as cirurgias de Menor Complexidade nas especialidades citadas acima, deverão ser acomodadas em Hospital-Dia.

III. Hospital Dia e Cirurgia Ambulatorial (UNIDADE I)

O hospital deverá realizar o quantitativo de **10.560** procedimentos cirúrgicos na modalidade Hospital-Dia e Ambulatorial, no primeiro ano de operação, com variação de mais (+) ou menos (-) 10%, considerando a programação semanal de 12 horas por dia, considerando os quantitativos por capacidade operacional (6 leitos Hospital/dia, equipe cirurgia).

Quadro 04. Meta modalidade Hospital-Dia e Cirurgia Ambulatorial. **UNIDADE I:** Hospital Regional Dr Antônio Fontes.

Hospital-Dia - Cirurgia Ambulatorial	Meta Mensal	Meta 12 meses
Hospital-Dia	880	10.560
Cirurgia Ambulatorial (CMA/cma)		

IV. Atendimento Ambulatorial (UNIDADE I)

- Especialidades Médicas**

O volume de consultas de atenção especializada de “**Primeira Vez**” em especialidades médicas disponibilizados (70%) para a rede de referências da Regulação Estadual - Complexo Regulador Estadual /SES-MT deve corresponder, no primeiro ano de operação, com variação de mais (+) ou menos (-) 10%, no mínimo, ao volume definido na Quadro abaixo:

Quadro 05. Meta modalidade Consulta de Atenção Especializada Especialidades Médicas. **UNIDADE I:** Hospital Regional Dr Antonio Fontes.

Consultas Médicas	Meta Mensal	Meta 12 meses
Consulta de Atenção Especializada de “Primeira Vez”	2.088	25.056
Interconsulta	2.088	25.056
Consulta Subsequente	4.176	50.112
TOTAL	8.352	100.224

Contará minimamente com 29 (vinte e nove) especialidades médicas, assumindo assim a maior importância em face ao tratamento de patologias específicas e de oferta de recursos para atender maiores complexidades, conforme tabela infra:

Especialidades Médicas		
Infetologia		x
Ortopedia e traumatologia Adulto		x
Neurocirurgia		x
Neurologia		x
Cirurgia Geral Adulto		x
Cirurgia Cardiovascular		x
Cirurgia Torácica		x
Cirurgia Vascular		x
Cirurgia Urológicas		x
Neurologia Clínica		x
Clínica Médica		x
Mastologia		x
Urologia		x
Hematologia/Hemoterapia		x
Gastroenterologia		x
Endocrinologia		x
Nefrologia		x
Cardiologia		x

Cardiovascular	x
Otorrinolaringologia	x
Oncologia Clínica Adulto	x
Oncologia Pediátrico	x
Oncologia Cirúrgica Adulto	x
Oftalmologia Cirúrgica	x
Cardiologia Risco Cirúrgico	x
Anestesiologia	x
Radiologia e Imagenologia	x
Medicina Intensiva - Adulto	x
Cuidados Paliativos	x

• **Especialidades Não Médicas**

O volume de primeiras consultas em especialidades não médicas disponibilizadas deve corresponder, no primeiro ano de operação, com variação de mais (+) ou menos (-) 10%, no mínimo, ao volume definido na tabelas infra:

Quadro 06. Meta modalidade Consulta de Atenção Especializada Não Médicas. **UNIDADE I:** Hospital Regional Dr Antônio Fontes.

Consultas Médicas	Meta Mensal	Meta 12 meses
Consulta de Atenção Especializada Não Médicas (Rede)	1.296	15.552
Interconsulta	720	8.640
Consulta Subsequente	576	6.912
TOTAL	2.592	31.104

Especialidades Não Médicas

Enfermagem	x
Psicologia/ Neuropsicólogo	x
Nutrição	x
Assistente Social	x
Fonoaudiologia	x
Fisioterapia -Reabilitação	x
Farmacêutico Hospitalar e Clínico	x
Bucomaxilo/odontologia	x

V. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) EXTERNO (UNIDADE I)

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

Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção, no entanto deverão ser informados à SES/MT para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

A **UNIDADE I:** Hospital Regional Dr Antônio Fontes, sob Gestão Estadual CNES2534460, oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade de **15.963** exames ao mês, no primeiro ano de operação, com variação de mais (+) ou menos (-) 10%, a pacientes EXTERNOS (70%) ao hospital, obedecendo ao fluxo estabelecido pela Regulação Estadual da Secretaria de Estado de Saúde - Complexo Regulador /SES-MT, nas quantidades especificadas no Quadro abaixo:

Quadro 07. Meta Serviços do SADT. **UNIDADE I:** Hospital Regional Dr Antonio Fontes.

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO / FINALIDADE DIAGNÓSTICA	Meta Física/Mês	Meta Física/ Total ano
DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO (incluindo diagnóstico por teste rápido)	8.661	103.932
DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA / Coleta de Material por meio de PUNÇÃO/BÍOPSIA (*)	792	9504
Diagnóstico e procedimentos especiais em Hemoterapia	922	11.064
DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA (Broncoscopia (Broncofibroscopia) / COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA) / Cistoscopia e/ou Uretroscopia e/ou Uretroscopia/ Esofagogastroduodenoscopia (EDA) / Colonoscopia (Coloscopia) / Retossigmoidoscopia) (*)	264	3.168
DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC)	1.056	12.672
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA / EXAMES RADIOLÓGICOS (Radiografia e Mamografia) (*)	2.640	31.680
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA (Angiografia, Aortografia, Arteriografia) (**)	240	2.880
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA E ECO Conv. / Doppler Colorido (com ou sem doppler) / Ultra-sonografias dos demais sistemas (*)	792	9.504
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES - Diagnóstico Cardiologia / Urologia/ Neurologia / Pneumologia / Otorrino	596	7.152
TOTAL	15.963	191.556

(*) PORTARIA SAES/MS Nº 688, DE 28 DE AGOSTO DE 2023 Altera a Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia. PORTARIA GM/MS Nº.189, DE 31 DE JANEIRO DE 2014 Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.

(**) PORTARIA Nº 210, DE 15 DE JUNHO DE 2004, que define Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e suas aptidões e qualidades.

Os exames do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico- SADT, elencados estão subdivididos de acordo com a classificação para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e conforme Tabela SIGTAP/SES <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

Os exames internos não compõem meta própria, pois já são previstos em outros serviços pactuados: internações hospitalares e cirurgias, isso porque a internação deve contemplar todas as necessidades do cliente/ Usuário do SUS;

A cada 3 (três) meses o Complexo Regulador Estadual /SES-MT encaminhará para Unidade a demanda reprimida de SADTs para oferta de vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade da SES-MT, sem que, entretanto, ultrapasse o total de exames a serem disponibilizados e realizados no mês.

VI. Serviço de Urgência/Emergência (UNIDADE I).

O PARCEIRO PRIVADO deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento 24 horas por dia, ininterruptamente, atendendo todos os casos Porta Aberta para as vítimas de acidentes/traumas/causas externas acolhidas trazidas pelo Serviço Móvel Pré-hospitalar de (SIATE) Resgate do Corpo de Bombeiros/193, Polícia Militar e Rodoviária Federal, referenciados ou encaminhados de forma regulada, advindas da Central de Regulação Estadual /SES-MT.

Quadro 08. Meta Serviço de Atendimento às Urgências UNIDADE I: Hospital Regional Dr Antônio Fontes.

Urgência/Emergência	Meta Mensal	Meta 12 meses
Atendimento de urgência em atenção especializada	997	11.964
Atendimento de urgência c/ observação até 24 horas em atenção especializada		

Deverá reduzir o tempo de espera para atendimento emergencial para menos de 30 minutos, garantindo resposta rápida a casos críticos.

VII. Serviços sob Acompanhamento (UNIDADE I)

O PARCEIRO PRIVADO deverá ofertar Assistência de Oncologia e Cardiologia de Alta Complexidade, conforme os quantitativos mínimos estabelecidos nas Portarias de Credenciamento/Habilitação vigentes.

O volume dos Serviços de Acompanhamento disponibilizadas deve corresponder, no primeiro ano de operação, com variação de mais (+) ou menos (-) 10%, no mínimo, ao volume definido no Quadro abaixo:

Quadro 09. Meta Serviços de Acompanhamento. UNIDADE I: Hospital Regional Dr Antônio Fontes.

Tratamentos Clín./Cir.	Estimativa FÍSICO (n) / MENSAL	ESTIMATIVA Total/ ANUAL
Angioplastia Coronariana c/ ou s/implante de stent...	60	720
Implante De Marcapasso de...	15	180
Implante de Cardioversor e Desfibrilador...	7	84
Troca de Eletrodos de Marcapasso...	8	96
Troca de Gerador de Marcapasso...	6	72
Cateterismo Cardíaco ...	200	2400
Angioplastia Intraluminal de...	8	96
TOTAL Ap. Circulatório (*)	304	3648
Quimioterapia paliativa - adulto	243	2916
Quimioterapia para controle temporário de doença - adulto	4	48
Quimioterapia prévia (neoadjuvante/citorredutora)- adulto	29	348
Quimioterapia para controle temporário de doença - adulto	123	1476
Quimioterapia de tumores de criança e adolescente	8	96
Quimioterapia curativa - adulto	15	180
Quimioterapia - procedimentos especiais	19	228
TOTAL Oncologia (**)	441	5292

(*) Portaria nº. 210, de 15 de Junho de 2004, que define Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e suas aptidões e qualidades, e

(**) Portaria SAES/MS nº. 688, de 28 de Agosto de 202, que altera a Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia. Portaria GM/MS nº.189, de 31 de Janeiro de 2014, que institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação).

O PARCEIRO PRIVADO deverá estruturar sua oferta assistencial em conformidade com as diretrizes estabelecidas, garantindo a execução dos Serviços de Acompanhamento com qualidade, eficiência e eficácia e dentro dos parâmetros exigidos pelo Ministério da Saúde.

VIII. Projetos, Programas Especiais e Novas Especialidades de Atendimento (UNIDADE I)

Ao longo da vigência do contrato, de comum acordo entre as partes, o PARCEIRO PRIVADO poderá propor realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, novos serviços, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela Secretaria de Estado de Saúde- SES/MT após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato, como:

a) Implantação/implementação do Serviço de Cardiologia Intervencionista e Hemodinâmica de alta qualidade visando:

- Diagnóstico e tratamento de doenças cardiovasculares e neurológicas,
- Cardiologia/Cardiovascular (cateterismo cardíaco, angioplastia coronária, implante de marcapasso, valvuloplastia percutânea);
- Suporte aos serviços de Cirurgia Vascular (angioplastias intraluminal percutânea, Tratamento Endovascular de Aneurismas, Embolização Terapêutica, Colocação de Filtros de Veia Cava, Angioplastia de Fístulas Arteriovenosas:),
- Intervenções Neurovasculares;
- Integração de procedimentos neuroendovasculares, envolvendo Neuro/Neurocirurgia (neuro-endovascular), Tratamento Endovascular de Aneurismas Cerebrais, Embolização de Malformações Arteriovenosas (MAVs), Angioplastia e Implante de Stents em Estenoses Cerebrais, Tratamento Endovascular de Tumores Cerebrais Hipervasculares e Trombectomia Mecânica em Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo.

b) Modernização do parque tecnológico e/ou melhorar a qualidade da assistência prestada, como por exemplo o Serviço de Imagenologia:

- Aparelho Tomógrafo Computadorizado (TC) de 64 canais, fundamental para aprimorar o diagnóstico e o tratamento de diversas condições médicas, especialmente em áreas como ortopedia e traumatologia, e
- Aparelho Mamógrafo Digital, essencial aprimorar a detecção precoce do câncer de mama e melhorar a qualidade do atendimento às pacientes.

4. DESCRIÇÃO DA UNIDADE II: Hospital Regional Dr Antônio Fontes ANEXO I**4.1. IDENTIFICAÇÃO (UNIDADE II)**

- **Nome CNES:** Hospital Regional Dr Antônio Fontes ANEXO I
- **CNES:** 2395037
- **Endereço:** Rua Padre Cassemiro nº 2790, Centro, CEP: 78210-094, Cáceres/MT.
- **Tipo de Unidade:** Hospital Geral
- **Nível de Complexidade:** médio porte - média e alta complexidade
- **Gestão atual:** pública estadual
- **Atividades:** deverá realizar atendimento de demanda espontânea em obstetrícia e referenciada nas áreas ambulatorial, SADT, e internação em Cirurgia Geral, Clínica Geral, Ginecologia, Obstetrícia Clínica e Cirúrgica, Pediatria Clínica, Pneumologia, Unidade de Terapia Intensiva/UTI Adulto tipo II e Unidade de Terapia Intensiva/UTI Neonatal Tipo II. A unidade é referência para 22 municípios da Macrorregião de Saúde Oeste e o município de San Mathias – Bolívia (SES/2023).
- **Funcionamento:** 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual /SES-MT

4.2. CAPACIDADE INSTALADA (UNIDADE II)**4.2.1. Estrutura**

- 4.2.1.1.** A **UNIDADE II: Hospital Regional Dr Antônio Fontes ANEXO I**, deverá possuir em sua estrutura de leitos hospitalares, no quantitativo de **170 leitos hospitalares distribuídos** em sua unidade, organizados em leitos de internação respectivamente identificadas, segue Quadro, distribuição desses leitos:

Quadro 10. Capacidade Instalada projetada da UNIDADE II: Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I, 2025.

Hospitalar - Leitos	
Descrição	Leitos Existentes
<u>LEITOS COMPLEMENTARES</u>	
ISOLAMENTO	5
UTI PEDIÁTRICO TIPO II	10
<u>UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS ADULTO</u> (UCI-a)	10
UTI ADULTO - TIPO II	16
UTI NEONATAL TIPO II	10
UNID. DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCo)	15
UNID. DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS CANGURU (UCINCa)	5
<u>INTERNAÇÃO ESPECIALIDADE CIRÚRGICO</u>	
CIRÚRGICA OBSTÉTRICA	24
CIRURGIA GERAL ADULTO	
CIRÚRGICA PEDIÁTRICA	
CIRÚRGICA NEONATAL	
TRAUMATO ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	
<u>INTERNAÇÃO ESPECIALIDADE CLÍNICO</u>	
NEONATOLOGIA	53
CLÍNICA PEDIÁTRICA	
CLÍNICA GERAL	
QUARTOS PPP (PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO)	

CLÍNICA OBSTÉTRICA	
SERVIÇO DE URGÊNCIA & EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA e NEONATAL	
Box Emergência	2
Observação	10
SERVIÇO DE URGÊNCIA e EMERGÊNCIA ADULTO	
Box Emergência	2
Observação	8
TOTAL	170

Fonte: Projeção - SUPO/SES-MT - Visita Técnica in loco, 12 a 13/11/2024. Relatório SUPO/SES versão: 02/12/2024.

4.2.1.2. Oferecerá serviços de média e alta complexidade, com atendimento de urgência e emergência (24 horas), utilização do centro cirúrgico e anestesiologia 24 horas, ambulatório de especialidades e internação clínica e cirúrgica, minimamente, nas especialidades de: ginecologia & obstetrícia clínica, pediatria, neonatologia, ginecologia cirúrgica, obstetrícia cirúrgica, gestação de alto risco, endocrinologia, cardiologia/cardiovascular, neurologia e neurocirurgia pediátrica, ortopedia pediátrica, cirurgia geral pediátrica, medicina intensiva adulto, pediátrica e neonatal.

4.2.1.3. A Unidade deverá dispor de salas específicas para o funcionamento do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) disponibilizando serviços de Imagenologia e Laboratorial (exemplo: Radiologia Convencional, Radiologia Intervencionista/Hemodinâmica, Ultrassonografia convencional e c/ Doppler colorido, Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RNM), Anatomia Patológica, citopatologia, Análises Clínicas) aos usuários do SUS atendidos em regime de urgência/emergência e internação.

4.2.1.4. Para suporte aos serviços assistenciais, a Unidade dispõe de áreas de apoio: Farmácia, Lavanderia, Central de Material e Esterilização (CME) e Serviço de Nutrição e Dietética (SND).

4.2.2. Instalações físicas para assistência (UNIDADE II)

4.2.2.1. A **UNIDADE II**: Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I, em sua estrutura de instalação física hospitalar, apresenta áreas e setores estratégicos que fazem parte do seu sistema coordenado de saúde, com a função de prestar a completa assistência em prol da saúde e de uma melhor qualidade de atendimento aos pacientes. Em se tratando de capacidade instalada esta unidade apresenta os seguintes indicadores setoriais demonstrados a seguir:

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
AMBULATORIAL		
CLINICAS ESPECIALIZADAS	3	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	1	0
OUTROS CONSULTÓRIOS NÃO MÉDICOS	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	15	30
LEITOS RN PATOLOGICO	2	6
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE CIRURGIA	5	0
SALA DE PARTO NORMAL	2	3
SALA DE PRÉ PARTO	1	2
SALA DE RECUPERAÇÃO	1	7
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	1	1
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	1	0
SALA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZAÇÃO	2	4

4.2.3. Serviços de apoio (UNIDADE II)

- 4.2.3.1.** Para suporte aos serviços assistenciais, a Unidade deverá dispor de áreas de apoio: Farmácia, Lavanderia, Central de Material e Esterilização (CME), Serviços de Nutrição e Dietética (S.N.D), Serviço Social, dentre outros, visam proporcionar um ambiente confortável e seguro aos pacientes e profissionais, dando qualidade a assistência prestada e apoiando no processo de saúde, fundamental no atendimento prestado ao paciente e seus familiares, disponibilizando o quantitativo adequado de serviços próprios e terceirizados (§9º.Art.67 Lei 14.133/2021), conforme segue no quadro infra:

Serviços de apoio

Serviço	Característica
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO
FARMÁCIA	PRÓPRIO
LACTÁRIO	TERCEIRIZADO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTÉRIO	PRÓPRIO
NUTRICAÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuário de Paciente)	PRÓPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PRÓPRIO
SERVICO SOCIAL	PRÓPRIO

4.2.4. Serviços especializados (UNIDADE II)

- 4.2.4.1.** Os serviços especializados deverá tornar a **UNIDADE II: Hospital Regional Dr Antônio Fontes ANEXO I**, apto para tratar casos mais singulares e complexos que a rede de saúde não contempla, disponibilizando o quantitativo adequado de serviços próprios e terceirizados, visando otimizar a assistência ao paciente e estão demonstrados a seguir:

Código	Serviço	Característica
130	ATENCAO A DOENÇA RENAL CRÔNICA	PRÓPRIO
115	ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	PRÓPRIO
150	CIRURGIA VASCULAR	PRÓPRIO
170	COMISSÕES E COMITÊS	PRÓPRIO
110	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	PRÓPRIO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PRÓPRIO
105	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	PRÓPRIO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PRÓPRIO
122	SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PRÓPRIO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PRÓPRIO
125	SERVICO DE FARMACIA	PRÓPRIO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PRÓPRIO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PRÓPRIO
128	SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	PRÓPRIO
136	SERVIÇO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PRÓPRIO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRÓPRIO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRÓPRIO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRÓPRIO
149	TRANSPLANTE	PRÓPRIO

- 4.2.4.2.** O Hospital deverá utilizar hemocomponentes e hemoderivados da rede estadual de sangue – UCT-OESTE, conforme determinado na Portaria MS/GM nº 1.737, de 19/08/2004, realizado pelo MT Hemocentro - SES/MT, devendo possuir Agência Transfusional (AT), a Unidade de Coleta de Tratamento (UCT) funcionará anexa à **UNIDADE I: Hospital Regional Dr Antônio Fontes**, que atenderá às solicitações

médicas de hemocomponentes do Hospital (nos termos da legislação vigente), realizará os testes pré-transfusionais, demais procedimentos inerentes e distribuirá os hemocomponentes para que a equipe do Hospital realize os procedimentos transfusionais. A responsabilidade pela solicitação, transporte adequado, acondicionamento, e uso dos hemocomponentes solicitados será do Hospital.

- 4.2.4.3.** A UNIDADE II deverá dispor de equipamentos necessários, disponibilizando o quantitativo adequado de serviços próprios e terceirizados, visando otimizar a assistência de média e alta complexidade e estão minimamente demonstrados a seguir:

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em Uso
EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM		
Raio X de 100 a 500 mA	2	2
Raio X mais de 500mA	2	2
Tomógrafo Computadorizado	1	1
Ressonância Magnética	1	0
Ultrassom Ecógrafo	1	1
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA		
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	2	2
Grupo Gerador	3	3
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA		
Berço Aquecido	6	6
Bomba de Infusão	80	70
Desfibrilador	6	3
Equipamento de Fototerapia	4	4
Incubadora	14	14
Marcapasso Temporário	2	2
Monitor de ECG	50	45
Reanimador Pulmonar/AMBU	20	20
Respirador/Ventilador	24	21
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS		
Eletrocardiógrafo	6	6
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS		
Endoscópio Digestivo	1	1
Endoscópio das Vias Respiratórias	1	1
Endoscópio das Vias Urinárias	1	1
Laparoscópio/Vídeo	2	2
Microscópio Cirúrgico	1	1

4.2.5. Credenciamento / Habilitação (UNIDADE II)

- 4.2.5.1.** A UNIDADE II possui algumas habilitações ativas junto ao Ministério da Saúde, as quais devem ser mantidas.

Habilitações ativas junto ao Ministério da Saúde

Código	Descrição	Origem	Comp. Inicial	PT	Data Portaria	Leito SUS	Data do Lança/to	Data da Atualização
1404	HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA	Nacional	12/13	SAS 1374	09/12/2013	-	20/01/2014	16/12/2013
1901	LAQUEADURA	Local	07/11	267	01/08/2011	0	28/09/2024	10/11/2024
1902	VASECTOMIA	Local	07/11	267	01/08/2011	0	28/09/2024	10/11/2024

2601	UTI II ADULTO	Nacional	07/99	SAS 110	09/04/2009	10	17/04/2009	-
------	---------------	----------	-------	---------	------------	----	------------	---

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/habilitacao/5102502395037>, Comp. Outubro/2024.

4.2.5.2. O PARCEIRO PRIVADO deverá dar continuidade nos processos de Credenciamento/ Habilitação junto ao Ministérios da Saúde, como segue:

- a. Habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia - Serviço/ Classificação 155/002 – Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica (até 21 anos de idade) (Referenciado e regulado) (Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, Origem: Portaria SAS/MS nº 90, de 27 de março de 2009, define Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade; Portaria n.º 516, de 21 de junho de 2023, a qual altera itens da seção I, II, e IV do Capítulo I, do Título II da Portaria de Consolidação n.º 1, de 22 de fevereiro de 2022, que tratam das normas de credenciamento e habilitação das unidades de assistência e dos centros de referência de alta complexidade cardiovascular, neurologia, e traumatologia e ortopedia).
- b. Habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em neurologia e neurocirurgia pediátrico (Referenciado e regulado).
- c. Habilitação como Referência no atendimento como Serviço de Urgência e Emergência em pediatria.
- d. Habilitação de 10 (dez) Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica- UTI-ped, tipo II e Unidade de Cuidado Intermediário Pediátrica - UCI-ped (Origem: Portaria GM/MS nº. 2.862, de 29 de dezembro de 2023, *Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as Unidades de Terapia Intensiva - UTI e as Unidades de Cuidado Intermediário - UCI, destinadas ao cuidado progressivo do paciente crítico, grave ou de alto risco ou moderado no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS*);
- e. Habilitação de 10 (dez) Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) Tipo II e Unidades de Cuidados Intermediários com 2 (duas) tipologias: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) (Origem: Portaria GM/MS nº. 2.862, de 29 de dezembro de 2023, *Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as Unidades de Terapia Intensiva - UTI e as Unidades de Cuidado Intermediário - UCI, destinadas ao cuidado progressivo do paciente crítico, grave ou de alto risco ou moderado no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS*).
- f. Habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, Nutrição Enteral, Enteral/Parenteral (Origem: Portaria nº 120, de 14 de abril de 2009, que define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, suas competências e qualidades),
- g. Habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade de Gestação de Alto Risco (GAR) (Portaria de Consolidação GM/MS Nº 3, de 28 de setembro de 2017 - Rede Cegonha Portaria GM/MS Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024 - Rede Alyne);
- h. Habilitação Hospital-Dia Serviço/ Classificação 1202 - Procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, em regime de Hospital Dia (Capítulo V, Anexo 1 do Anexo XXIV - Da modalidade de assistência em regime de Hospital-Dia - da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema  nico de Saúde. Origem: Portaria GM/MS nº 44, de 07 de janeiro de 2001, definir como Regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a intern  o e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos).

4.2.6. Perfil de Atendimento da Unidade (UNIDADE II)

- 4.2.6.1.** A **UNIDADE II**: Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I, sob Gestão Estadual inscrito no CNES 2395037, caracterizado como hospital geral habilitado como Hospital Amigo da Criança, deverá se

manter referência como Unidade de Assistência de Alta Complexidade de Gestação de Alto Risco (GAR) com Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), tipo II e Unidades de Cuidados Intermediários com 2 (duas) tipologias: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa); e como Referência no atendimento como Serviço de Urgência e Emergência em pediatria, com Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica (até 21 anos de idade) (Referenciado e regulado), com Serviço de Cirurgia Geral Pediátrica, Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica-UTI-ped Tipo II e Unidade de Cuidado Intermediário Pediátrica - UCI-ped.

- 4.2.6.2.** A unidade deverá dispor de 5 (cinco) Salas Cirúrgicas de médio porte, Sala de Recuperação c/ 7 leitos, Centro Obstétrico c/ 2 (duas) Sala de Parto, 1 (uma) Sala de Pré-Parto, Centro de Parto Normal intra-hospitalar c/ Quartos PPP (pré parto, parto e pós parto) com 2 (dois) leitos de internac  o, atendimentos e internac  es clínicas e cirúrgicas de m dia e alta complexidade em Ginecologia & Obstetrícia, Alojamento conjunto (bin mio mãe-filho), Ambulatório de Atenção Especializado Linha de Cuidado Materno-Infantil, acompanhamento Pré-Natal de Alto Risco e complicações relacionados ao puerpério, SADT- serviços de apoio diagnóstico terapêutico, leitos de internac  o de Clínica e Cirúrgica nas especialidades de: clínica geral pediatria, cirurgia geral pediatria, traumatortopedia e neurologia/neurocirurgia; tratamentos relacionados malformações cong nitas e específicas do período perinatal e pediátrica, incluindo acompanhamento em Ambulatório de Estratégia *Follow-up*: acolhimento, humanização e cuidado qualificado ao Recém-nascido (RN)/ bebês de risco, atendimento de usuários do SUS em Serviços em Urgência e Emergência: ginecológicas, obstétricas, complicações relacionados ao puerpério, período perinatal e Pediátricas.
- 4.2.6.3.** Ambulatório de Especialidades com 4 (quatro) consultórios médicos e 1 (um) consultório não médico, para realizar procedimento de m dia e alta complexidade, atendimentos ambulatoriais e internac  o nas especialidades de: clínica (pediatria, ginecologia, obstetrícia, cirurgia geral), cirurgias (ginecologia, obstetrícia, cirurgia geral, pediátrica); Planejamento familiar (laqueadura e vasectomia) referência como Unidade de Assistência em Atenção   Gesta o de Alto Risco de Alta Complexidade (GAR) em processo de credenciamento/habilitação junto ao Ministério da Saúde.
- 4.2.6.4.** O Hospital receberá usuários exclusivamente do SUS, a serem encaminhados/regulados pela base da Central Estadual de Regulação do estado de Mato Grosso por meio do Sistema de Regulação *on-line* Complexo Regulador /SES-MT.
- 4.2.6.5.** O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos usuários do SUS, ou a seus representantes legais, documentação de identificação e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde/SES-MT.
- 4.2.6.6.** No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.
- 4.2.6.7.** O acesso aos exames do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT, realizar-se-  de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.
- 4.2.6.8.** Em caso de hospitalização, o PARCEIRO PRIVADO fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos operacionais existentes, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o PARCEIRO PRIVADO, em decorrência da assinatura deste, presta serviços de assistência   saúde.
- 4.2.6.9.** O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO são efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pelo PARCEIRO PRIVADO.

4.3. LINHAS DE SERVIÇOS / ATIVIDADES (UNIDADE II)

4.3.1. Para o funcionamento da **UNIDADE II: Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I** sob Gestão Estadual inscrito no CNES 2395037, serão consideradas as seguintes linhas de serviços;

- I. Assistência Integral**
- II. Serviço de Internação por complexidade (média/alta complexidade):**
 - Saídas de Clínicas Obstétricas;
 - Saídas de Cirurgias Obstétricas;
 - Saídas de Clínicas Neonatologia;
 - Saídas de Clínicas Ginecologia;
 - Saídas de Cirurgias Ginecológicas;
 - Saídas de Clínicas Pediátricas;
 - Saídas de Cirurgias Pediátricas;
 - Saídas de Cirurgia Geral;
 - Diárias de Leitos Complementares (UTI Adulto, UTI Pediátrico, UTI Neonatal) Tipo II;
 - Diárias de Leitos Complementares de Unidade de Cuidado Intermediário (UCI-adulto, UCI-pediátrico, Neonatal- UCINco e UCINca)
- III. Serviço de Centro Cirúrgico**
- IV. Serviço de Hospital Dia e Cirurgia Ambulatorial**
- V. Serviço de Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas, Multiprofissionais na Atenção Especializada:**
 - consultas médicas e multiprofissionais em ambulatorios relacionados ao Cuidado Materno-Infantil, assistência à Mulher e a Criança, acompanhamento Pré-Natal de Alto Risco e complicações relacionados ao puerpério;
- VI. Serviço de Saúde Digital**
- VII. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) EXTERNO**
- VIII. Serviço de Urgência/Emergência**
- IX. Serviço de Assistência em Atenção Médico Domiciliar e cuidados paliativos (HOME CARE)**
- X. Time de Desospitalização**
- XI. Serviço de Verificação de Óbitos Não Invasivo, ou Autópsia Minimamente Invasiva (AMI)**
- XII. Serviço de Captação de Órgãos**
- XIII. Serviço de Transporte Sanitário**
- XIV. Qualificação Profissional e Integração Ensino-serviço**
- XV. Comissões, Comitês e Núcleos Hospitalares**

I. Assistência Integral (UNIDADE II)

- **Assistência Integral à Saúde em regime de hospitalização**

A assistência integral à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário do SUS desde sua admissão no hospital até sua “alta hospitalar segura e responsável” pela necessidade e gravidade da patologia atendida, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses, e Materiais Especiais (OPME), visando a assistência integral e salvaguardar a sobrevida do usuário do SUS.

O PARCEIRO PRIVADO deverá oferecer o cuidado integral conforme portaria da “Rede Alyne”, abrangendo:

- a) Pré Natal de Alto Risco com equipe multidisciplinar;
- b) Parto de Alto Risco e Risco Habitual (normal ou cesária);
- c) Alojamento conjunto mãe-bebê;
- d) Testes de triagem neonatal;
- e) Vacinação ao nascer;
- f) Consultas médicas e de enfermagem pré e pós parto;
- g) Acompanhamento de puerpério nos primeiros dias pós parto;
- h) Orientação quanto ao aleitamento materno e método canguru;

- i) Suporte psicológico (quando necessário);
- j) Garantia de retaguarda de leitos complementares;

- **Brinquedoteca Hospitalar:**

O PARCEIRO PRIVADO deverá ofertar dispor de Brinquedoteca conforme determina a Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, e Portaria GM/MS nº.2.261, de 23 de novembro de 2005, que aprova o regulamento que estabelece as diretrizes para a instalação e funcionamento das brinquedotecas em unidades de saúde com atendimento pediátrico em regime de internação, objetivando:

- a) Proporcionar um ambiente que favoreça o brincar terapêutico, auxiliando na adaptação da criança ao ambiente hospitalar e contribuindo para a redução do estresse e ansiedade associados à hospitalização, e
- b) Oferecer suporte psicossocial, promovendo a interação entre crianças, familiares e equipe de saúde, fortalecendo vínculos e humanizando o atendimento.
- c) Proporcionar melhoria no bem-estar e na qualidade de vida das crianças internadas, através da promoção de atividades lúdicas que estimulam o desenvolvimento e a recuperação, e contribuindo para a humanização do ambiente hospitalar, tornando-o mais acolhedor e menos traumático para os pacientes pediátricos.
- d) Assegurar o direito ao brincar das crianças hospitalizadas, promovendo um ambiente terapêutico que favorece sua recuperação e bem-estar.

- **Serviço de Banco de Leite Humano (BLH)**

O PARCEIRO PRIVADO deverá ofertar o serviço de Banco de Leite Humano, assegurando o cumprimento das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. O serviço deverá incluir a captação, coleta, processamento, armazenamento e distribuição de leite humano pasteurizado, garantindo a segurança alimentar de recém-nascidos prematuros e de baixo peso. Além disso, o PARCEIRO PRIVADO deverá promover campanhas de incentivo à doação de leite humano e oferecer suporte às mães lactantes por meio de orientações e acompanhamento especializado.

A Direção da **UNIDADE II: Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I** deverá juntamente com o coordenador e o RT do BLH, deve:

- a) Planejar e Implementar Processos de Qualidade: Desenvolver e aplicar protocolos que garantam a segurança e a eficácia em todas as etapas, desde a coleta até a distribuição do leite humano.
- b) Assegurar Recursos Adequados: Disponibilizar recursos humanos, materiais e equipamentos necessários para o desempenho adequado das atividades, em conformidade com a legislação vigente.
- c) Supervisionar a Equipe Técnica: Garantir a supervisão contínua do pessoal técnico durante todo o período de funcionamento do BLH, promovendo capacitações e atualizações periódicas.

A conformidade com as Normas Técnicas da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR) é essencial para o funcionamento adequado dos BLHs. Essas normas contemplam procedimentos de rotina e as condições mínimas necessárias para a operação segura e eficaz desses serviços.

A implementação criteriosa de um BLH, seguindo as diretrizes estabelecidas, contribui significativamente para a promoção da saúde materno-infantil e para o apoio efetivo ao aleitamento materno no Brasil.

II. Serviço de Internação por complexidade (média/alta complexidade) - (UNIDADE II)

- **Internação Hospitalar**

A Internação Hospitalar corresponderá à admissão de usuário do SUS para tratamento, onde ocupará um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas. Todos os casos de óbito que ocorrerem dentro do hospital deverão ser considerados internações hospitalares, mesmo que a duração da internação tenha sido menor do que 24 horas.

Durante a internação deverá oferecer atendimento integral ao usuário do SUS, conforme cadastro atualizado do Hospital no CNES/DATASUS/SUS, exames de apoio à diagnóstico e terapêutico (SADT) e compatibilidade do procedimento principal. As internações de natureza emergencial deverão ter como origem de demanda o Serviço de Urgência de Emergência do Hospital. Essa origem será identificada pelo número do registro do atendimento na Unidade de Emergência do Hospital e/ou haverá encaminhamento através da Central de Regulação Estadual por meio do Sistema de Regulação *on line* SISREGIII;

Os clientes/ Usuários do SUS que necessitarem de continuidade de tratamento em serviços básicos de saúde deverão ser referenciados para as Unidades Básicas de Saúde do município de origem e/ou para seus municípios de residência. Os que necessitarem de acompanhamento em clínicas especializadas serão referenciados de acordo com protocolo estabelecido pelo Fluxo do Complexo Regulador Oeste/ Central de Regulação Estadual /SES-MT. Nos casos em que a especialidade for ofertada pelo hospital ao SUS, o paciente deve ter alta do serviço com a consulta/exames agendados dentro da disponibilidade pelo Núcleo Interno de Regulação- NIR;

A Saída Hospitalar corresponde à saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito. Do momento da decisão de internação à saída hospitalar, será gerado um conjunto de documentos e informações que irão compor o Prontuário de Saída Hospitalar (Alta Hospitalar segura e responsável), de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP (Origem: Portaria nº. 3.390/GM/MS, de 30/12/2013 combinado com a Portaria nº.701/SAES/MS, de 29/09/2022);

O Hospital se obriga a utilizar todos os recursos disponíveis de diagnósticos/terapêuticos e tratamentos necessários ao atendimento dos usuários do SUS, previstos na Tabela SIGTAP Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e inseridos no cadastro/CNES do hospital, até o limite financeiro definido pelos parâmetros neste instrumento contratual; entretanto, havendo necessidade da realização de procedimentos não previstos e indispensável para salvaguardar e sobrevida do paciente, o hospital solicitará por meio de devida justificativa do Médico Assistente preenchido e assinado em formulário próprio, de acordo com o Manual de Operacionalização SIH/SUS/MS versão atualizada, em caráter de exceção, autorização à Secretaria de Estado de Saúde-SES/MT, para realização do procedimento, os quais seguirão as mesmas regras contratuais, em qualquer prazo.

Deverá ser garantida a qualidade e a integralidade do cuidado aos usuários do SUS atendidos, ofertando recursos terapêuticos necessários e suficientes para todos pacientes atendidos pela unidade e que venham a necessitar de cuidados adicionais, em um período mínimo de 30 dias (alta hospitalar segura e responsável), devido à intercorrências ou cuidados de retorno assistencial;

O hospital será obrigado a utilizar todos os recursos disponíveis para o atendimento dos usuários do SUS internados, até o limite financeiro definido. Se necessário, por motivo da gravidade do quadro clínico e a devida justificativa de salvaguardar e sobrevida do cliente/ Usuário do SUS, os procedimentos não previstos poderão ser solicitados à Secretaria de Estado de Saúde-SES/MT.

Será garantida a qualidade e integralidade do cuidado, com recursos suficientes para todos os usuários do SUS, incluindo cuidados adicionais por 30 (trinta) dias após a alta.

Em caso de solicitação das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME's) de ALTO CUSTO não contemplados pelo SUS, o PARCEIRO PRIVADO deverá seguir o Fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado de Saúde - SES/MT, a qual tem como Diretriz o Manual do Ministério da Saúde SIA/SIH/SUS, onde o Médico Supervisor SES-MT é que fará a avaliação quanto à pertinência do Laudo de Solicitação de OPME's, para verificação da real necessidade da viabilização da OPME's (Manual SIA/SIH, capítulo de OPME's, pág. 29 versão 08/08/2014, que estabelece critérios de procedimentos). Assim, no momento da supervisão do faturamento, faz se necessário colocar o CNPJ da empresa e o Médico Supervisor/SES-MT irá supervisionar mediante exames de diagnóstico por imagem, descrição do ato cirúrgico e detalhamento se o material solicitado foi efetivamente utilizado.

Assim, no momento da supervisão do faturamento, far-se-á necessário informar o CNPJ da empresa e o Médico Supervisor/SES-MT irá supervisionar mediante exames de diagnóstico por imagem, descrição do ato cirúrgico e detalhamento se o material solicitado foi efetivamente utilizado, controle das contas/faturas apresentadas será realizado pela comprovação do serviço efetivado, respeitando o seguinte fluxo/diretriz:

- a) Seguir as orientações com relação à apresentação da conta, quando realizado procedimento cirúrgico, conforme Manual de Operacionalização dos Sistemas Oficiais SIA/SIH/SUS do Ministério da Saúde, combinado com parecer CFM n.º 31/2019;
- b) A avaliação pelo Médico Supervisor/SES-MT dos seguintes documentos:
- Boletins de Regulação emitido pelo Sistema Regulação *on-line*;
 - Laudo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) preenchido, assinado e carimbado pelo Médico Assistente/Solicitante conforme orientação técnica do Médico Regulador/SES-MT no Ato Regulatório;
 - Laudo de Solicitação de OPME's, para verificação da real necessidade dos procedimentos solicitados, regulados e executados, bem como a viabilização das OPME's (Manual de Operacionalização do SIA/SIH/SUS, capítulo de utilização de OPME's, páginas 39 a 40, versão janeiro/2017, que estabelece critérios de procedimentos).

O indicador de aferição será a SAÍDA HOSPITALAR comprovada por meio da apresentação da Autorização de Internação Hospitalar – AIH, emitidos pelo Sistema de Regulação e registradas no SIH - Sistema de Informações Hospitalares (Sistema Oficial do Ministério da Saúde) pelo próprio hospital;

A internação do cliente/ Usuário do SUS dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento.

Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos clientes/ Usuários do SUS, a direção da Unidade deverá solicitar, por meio do Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares.

A **UNIDADE II:** Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I, contará minimamente com 21 (vinte e um) especialidades médicas, assumindo assim a maior importância em face ao tratamento de patologias específicas e de oferta de recursos para atender maiores complexidades, conforme tabela infra:

Especialidades Médicas	
Anestesiologia	x
Infectologia	x
Cardiologia + Risco cirúrgico	x
Cirurgia Geral	x
Cirurgia Vascular	x
Clínica Médica	x
Ginecologia e Obstetrícia Clínica	x
Ginecologia Cirúrgica	x
Obstetrícia Cirúrgica	x
Endocrinologia	x
Nefrologia Adulto	x
Cirurgião Pediatra	x
Nefrologia Pediátrica	x
Neurocirurgia Pediátrica	x
Neurologia Pediátrica	x
Ortopedia e Traumatologia Pediátrica	x
Pediatria Cirúrgica	x
Pediatria	x
Radiologia/Imagenologia	x
Medicina Intensiva Adulto	x
Medicina Intensiva Pediátrica	x
Medicina Intensiva Neonatal	x

No processo de hospitalização, além da OPME, serão incluídos:

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde;
- Tratamento complementar de fisioterapia, psicologia, nutrição clínica, serviço social, fonoaudiologia e terapia ocupacional;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de Anestesiologia 24 horas;
- Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do usuário do SUS;
- Acompanhante para os usuários do SUS idosos, crianças e gestantes (Lei Nº. 10.741 de 01/10/2003);
- Diárias de UTI - Unidade de Terapia Intensiva e cuidados progressivos ao paciente crítico, se necessário (UTI adulto, Pediátrico e Neonatal).
- Diárias de Unidade de Cuidados Intermediários (UCI adulto, Pediátrico, Neonatal Convencional- UCINco e Canguru- UCINca)
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas privativas-hospitalares;
- Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico, necessários para a elucidação do diagnóstico;
- Procedimentos relacionados com a inclusão de todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, contempladas na tabela unificada do SUS.
- Procedimentos especiais de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do Usuário do SUS, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da **UNIDADE II**.

- **Serviço de Unidade de Assistência de Alta Complexidade de Gestação de Alto Risco (GAR) e atribuições**

O Hospital deverá dispor de Serviço de **Unidade de Assistência de Alta Complexidade de Gestação de Alto Risco (GAR)** como uma estrutura de saúde que deverá fornecer cuidados intensivos e especializados a gestantes que enfrentam complicações durante a gestação, o parto ou o pós-parto. O principal objetivo deste serviço deverá ser garantir a segurança e a saúde da mãe e do bebê em situações em que a gestação apresenta risco elevado de complicações, seja devido a condições pré-existentes da mãe ou doenças que surgem durante o período gestacional.

A organização, gestão e funcionamento deverá ser regido por normas específicas que buscam garantir a qualidade e a acessibilidade dos cuidados oferecidos. As principais portarias que regem a assistência de alta complexidade são:

- a) **Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017:** Esta portaria estabelece as diretrizes e parâmetros para a organização dos serviços de saúde, incluindo as unidades de gestação de alto risco. Ela também regulamenta a Rede Cegonha, que é uma iniciativa do Ministério da Saúde para assegurar a atenção à saúde de mulheres e bebês, especialmente os que enfrentam situações de risco, desde a gestação até o nascimento e o acompanhamento pós-parto.

- A **Rede Cegonha** é um conjunto de ações de saúde, e a unidade GAR dentro dessa rede visa garantir que as gestantes de alto risco recebam atendimento de saúde adequado, com protocolos claros e profissionais capacitados.
- A portaria também define a infraestrutura necessária para garantir que as gestantes e seus bebês tenham acesso a serviços especializados, como unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), e a presença de equipes multidisciplinares para o acompanhamento.

b) Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024: Esta portaria reforça e complementa as diretrizes para a Rede Alyne, que é uma nova rede voltada para a **assistência integral à saúde materno-infantil**, especialmente no acompanhamento das gestantes de alto risco. A **Rede Alyne** vem para fortalecer a assistência em casos complexos, com foco na redução da mortalidade materno-infantil e na oferta de cuidados especializados.

A **Unidade de Assistência de Alta Complexidade de Gestação de Alto Risco (GAR)** é um serviço especializado para atender gestantes com complicações e que necessitam de cuidados intensivos durante a gestação, parto e pós-parto. Essa oferta de serviço é normatizada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, que estabelece diretrizes e parâmetros para a organização e gestão de unidades de saúde no Brasil, incluindo a Rede Cegonha. Além disso, a Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024, com a criação da Rede Alyne, complementa a organização dessa rede de assistência, com foco na assistência integral à saúde materno-infantil, principalmente para gestantes de alto risco. As condições clínicas que podem justificar o atendimento neste tipo de unidade incluem, mas não se limitam a:

- Hipertensão arterial grave ou pré-eclâmpsia;
- Diabetes gestacional descompensado;
- Gestação múltipla com complicações;
- Doenças cardíacas, renais ou respiratórias que comprometem a saúde da gestante;
- Risco de parto prematuro ou outras complicações obstétricas graves.

A Rede Alyne busca garantir acesso a serviços especializados, prevenindo complicações mais graves e promovendo uma assistência humanizada e de qualidade. Dentro dessa estrutura, a unidade deverá ofertar uma estrutura de **cuidados intensivos** para lidar com emergências e condições críticas, e deverão ser equipadas para fornecer os seguintes serviços:

a) Acompanhamento Médico Intensivo:

- **Monitoramento contínuo** da saúde materna e fetal, com o uso de equipamentos de alta tecnologia, como ultrassonografias regulares, exames de sangue e de função orgânica.
- **Equipe médica especializada**, composta por obstetras, cardiologistas, endocrinologistas, nefrologistas e outros especialistas conforme a necessidade da gestante.
- **Atendimento de emergência** para a gestão de complicações agudas, como hemorragias, eclâmpsia, infecções graves e outras condições críticas.

b) Assistência no Parto e Pós-parto:

- Durante o **trabalho de parto**, a unidade GAR garante que a gestante tenha acompanhamento contínuo para avaliar a evolução do parto e intervir de forma imediata em caso de complicações. Isso pode incluir cesáreas de emergência ou partos induzidos em situações de risco elevado.
- Após o parto, a **unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN)** está disponível para monitorar e tratar os recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais devido a prematuridade, baixo peso ao nascer, ou complicações relacionadas à saúde da mãe.
- **Acompanhamento pós-parto da mãe**, para garantir a recuperação física e emocional, além de monitoramento de possíveis complicações pós-parto, como infecções ou sangramentos.

c) Apoio Psicossocial:

- A gestação de alto risco envolve grande carga emocional para a gestante e a família. O apoio psicológico e o suporte social são essenciais para reduzir a ansiedade e o estresse, além de proporcionar uma abordagem holística que envolva a saúde mental e emocional.
- **Consultoria de enfermagem** para orientação sobre cuidados com a saúde e a amamentação, além de apoio à inserção dos pais no processo de cuidados com o bebê.

d) Estrutura e Equipamentos de Alta Tecnologia:

- As unidades GAR são equipadas com **UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) Tipo II**, unidades de monitoramento contínuo, incubadoras, respiradores artificiais, e outros recursos essenciais para a gestão de complicações graves tanto da gestante quanto do recém-nascido.
- A infraestrutura deve ser adequada para fornecer um ambiente seguro e confortável, incluindo salas de parto equipadas com recursos para cesarianas de emergência e o suporte necessário para o tratamento pós-parto imediato.

Esse serviço deverá estar alinhado com a política nacional de saúde para promover a redução da mortalidade materno-infantil e garantir a saúde e o bem-estar de mulheres e recém-nascidos em situações de risco elevado, tendo como principais objetivos:

- Garantir atenção humanizada e de qualidade à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido e à criança;
- Reduzir a morbimortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal, sobretudo da população negra e indígena;
- Ampliar o acesso aos serviços de saúde reprodutiva, incluindo planejamento familiar e métodos contraceptivos;
- Fortalecer a rede de cuidados obstétricos e neonatais em todo o país.
- Promover a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade.

O serviço de GAR deverá ter como **objetivo principal** reduzir a mortalidade e morbidade materna e neonatal, por meio de um acompanhamento contínuo e especializado durante todas as fases da gestação e pós-parto. Entre os impactos esperados estão:

- **Aumento da segurança** tanto para a gestante quanto para o bebê, com redução significativa de complicações durante o parto e recuperação pós-parto.
- **Redução de mortalidade materna e infantil**, especialmente em casos de prematuridade e outras complicações graves.
- **Apoio e suporte psicossocial** que contribuem para o bem-estar emocional e mental das gestantes e suas famílias.
- **Promoção da saúde integral**, garantindo que as mulheres tenham acesso ao melhor cuidado disponível em momentos de grande vulnerabilidade.

A **Unidade de Assistência de Alta Complexidade de Gestação de Alto Risco (GAR)** deverá desempenhar um papel crucial no sistema de saúde da Macrorregião de Saúde Oeste, garantindo que gestantes e seus bebês recebam cuidados de excelência, especialmente em situações de risco. A implementação das portarias e a integração com a **Rede Cegonha** e **Rede Alyne** visam aprimorar a assistência, fortalecer a rede de cuidados e reduzir as taxas de mortalidade e morbidade, atendendo aos altos padrões de saúde e bem-estar materno-infantil.

Deverá implantar/ implementar serviço de **Banco de Leite Humano (BLH)** é fundamental para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, além de realizar a coleta, processamento, controle de qualidade e distribuição do leite humano. Para garantir a eficácia e segurança desses serviços, é necessário seguir diretrizes específicas quanto à composição da equipe e responsabilidades técnicas.

Deverá dispor de **Composição da Equipe do BLH**:

- **Profissionais de Nível Superior:** O quadro funcional deve incluir profissionais legalmente habilitados para assumir responsabilidades nas seguintes áreas:
 - **Atividades Médico-Assistenciais:** Envolvem o atendimento clínico e o suporte às doadoras e receptoras de leite humano.
 - **Tecnologia de Alimentos:** Abrange o processamento, controle de qualidade e segurança do leite humano coletado.
- Podem integrar a equipe profissionais como médicos, nutricionistas, enfermeiros, farmacêuticos bioquímicos, técnicos em microbiologia e engenheiros de alimentos.

O PARCEIRO PRIVADO deverá **designar um Responsável Técnico (RT)** para assumir a responsabilidade técnica pelo BLH perante os órgãos de vigilância sanitária. Este profissional será o ponto focal para assegurar o cumprimento das normas e regulamentos aplicáveis ao funcionamento do serviço, em conformidade com as **Normas Técnicas da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR)**.

III. Serviço de Centro Cirúrgico (UNIDADE II)

Entende-se que é o conjunto de áreas e instalações que permitem efetuar a cirurgia nas melhores condições de segurança para o usuário do SUS, e de conforto para a equipe de saúde, assegurando a execução de técnicas assépticas e instalação de equipamentos específicos que facilitem o ato cirúrgico.

O Bloco Cirúrgico deverá ser composto de 5 (cinco) salas equipadas para realização de cirurgias de médio porte; sendo 2 (duas) salas de grande porte para atender os procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade, e 1 (uma) sala de recuperação pós-anestésica com 5 (cinco) leitos. A sala de recuperação pós-anestésica deverá conter 6 (seis) leitos.

O hospital deverá dispor de equipe cirúrgica e anestesiologia 24horas, 7 (sete) dias por semana, conforme as especialidades propostas. Além disso, deverão ser dispostos os equipamentos necessários para a manutenção do serviço cirúrgico.

Cirurgias por serviço/ especialidade

Cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa
 Cirurgia das vias aéreas superiores e do pescoço
 Cirurgia da Esôfago, estômago e duodeno
 Cirurgia de Intestinos, reto e anus
 Cirurgia do Pâncreas, baço, fígado e vias biliares
 Cirurgia vascular
 Cirurgia da Parede e cavidade abdominal
 Cirurgia do sistema osteomuscular
 Cirurgia do aparelho geniturinário
 Cirurgia de Útero e anexos
 Cirurgia de Vagina, vulva e períneo
 Cirurgia de Mama
 Cirurgias relacionadas ao Parto
 Outras Cirurgias relacionadas com o estado gestacional
 Cirurgia de Parede Torácica
 Cirurgias Múltiplas
 Procedimentos Cirúrgicos gerais

Deverá adotar o protocolo de cirurgia segura com a finalidade de determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura.

Deverá executar cirurgias de média e alta complexidade, bem como assegurar as cirurgias de urgência e emergência.

Deverá instituir o planejamento cirúrgico com agendamento de cirurgias, bem como deverá realizar o planejamento de limpezas de salas e equipamentos, planejamento de leitos pós operatórios.

Deverá acompanhar os indicadores de qualidade: taxa de complicações e infecções cirúrgicas, tempo médio de permanência hospitalar após a cirurgia, índice de satisfação dos pacientes, índice de intervalo de Substituição

Deverá acompanhar os indicadores de quantidade: Número de cirurgias realizadas por especialidade e por sala, taxa de giro de salas cirúrgicas, Taxa de ocupação do centro cirúrgico,

Para otimização da *performance* do serviço deverá:

- Aumentar no mínimo de **10 a 15%** a capacidade cirúrgica
- Otimizar os tempos de espera e duração das cirurgias reduzindo os custos de espera
- Redução no mínimo de **10 a 17%** de tempo médio de permanência na sala de recuperação pós anestésica, favorecendo a rotatividade de salas cirúrgicas
- Melhor controle do consumo de insumos durante toda a jornada do paciente e consequentemente redução de desperdícios assistenciais

IV. Serviço de Hospital Dia e Cirurgia Ambulatorial (UNIDADE II)

A assistência ambulatorial/hospitalar em regime de Modalidade Hospital-Dia ocorrerá conforme definição do manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIA/SIH/SUS) de 2004 e a Portaria MS/GM nº 44, de 10 de janeiro de 2001, os quais definem como regime de Hospital-Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos que requeiram permanência hospitalar máxima de 12 (doze) horas.

Serão consideradas Cirurgias Ambulatoriais aqueles procedimentos cirúrgicos, terapêuticos ou diagnósticos que não requeiram internações hospitalares. Serão classificados como **Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA)** os procedimentos cirúrgicos, terapêuticos ou diagnósticos, que pressupõe a presença do médico anestesista, realizados com anestesia geral, loco regional ou local, com ou sem sedação que requeiram cuidados pós-operatórios de curta duração, não necessitando internação hospitalar. Serão classificados como **cirurgia menor ambulatorial (cma)** os procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

O registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial se dará pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) (Sistema Oficial do Ministério da Saúde).

O PARCEIRO PRIVADO deverá otimizar o lançamento da produção no faturamento da SIH, com relação à apresentação da AIH 12 horas na Modalidade **Hospital Dia – 3 (três) leitos**, considerando:

- 1) Procedimento cirúrgico, realizado em caráter eletivo com tempo de permanência máxima de 12 horas;
- 2) Procedimento diagnóstico que requeira período de preparação e/ou observação médica/enfermagem de até 12 horas;
- 3) Procedimento terapêutico que requeira período de observação de até 12 horas;

V. Serviço de Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas, Multiprofissionais na Atenção Especializada (UNIDADE II)

O PARCEIRO PRIVADO deverá desenvolver um conjunto de atividades e serviços de média e alta complexidade que serão ofertadas aos usuário do SUS pelo hospital, que destinar-se-á minimamente a realização de:

- consultas de atenção especializadas cardiologia (risco cirúrgico),
- ginecologia/obstetrícia clínica e cirúrgica,
- serviços de Gestação de Risco Habitual e de Gestação de Alto Risco (GAR),
- anestesiologia,
- traumatologia/ ortopedia pediátrica,
- cirurgia geral,

- cirurgia pediátrica,
- urologia clínica e cirúrgica
- vascular
- urologia
- nefrologia,
- endocrinologia,
- neurologia clínica pediátrico,
- neurocirúrgica pediátrico
- pediatria e neonatologia,
- serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT),
- atendimento fisioterapêutico,
- consulta de profissionais na atenção especializada em psicologia, fonoaudiologia, odontologia,
- serviço de nutrição e dietética,
- serviço assistente social

O atendimento ambulatorial compreende:

- a) Consulta médica “Primeira Vez”: agendamento por meio do Sistema de Regulação;
- b) Interconsulta;
- c) Consultas subsequentes (retornos); e,
- d) Procedimentos terapêuticos realizados por especialidades não médicas.

No atendimento ambulatorial deverão ser disponibilizadas as Consultas Médicas de Primeira Vez, Interconsultas, Consultas subsequentes (retornos) e procedimentos terapêuticos realizados por Especialidades Não Médicas. Estes atendimentos deverão ser programados para funcionar semanalmente 12 horas diárias, de segunda a sexta-feira.

- a) Entende-se por Consulta de **“Primeira Vez”**, a visita inicial do usuário do SUS encaminhada pela Central Estadual de Regulação do estado do Mato Grosso ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade;
- b) Entende-se por **“Interconsulta”**, a consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada no próprio Hospital (oriundo do especialista da Consulta de Primeira Vez);
- c) Entende-se por **“Consulta subsequente”**, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das Consultas de Primeira Vez quanto às subsequentes das interconsultas;
- d) Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de reabilitação Fisioterapia, Psicoterapia, fonoaudiologia, dentre outros, os mesmos, a partir do 2º. atendimento, serão registrados como consultas subsequentes
- e) O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais e/ou odontológicas), bem como os tipos de consultas (primeira/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de especialidades, dependendo da avaliação das mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida das Regiões de Saúde Oeste e Sudoeste. Pontua-se, ainda, que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente, e que o PARCEIRO PRIVADO responsável pela administração da unidade terá 45 (quarenta e cinco) dias para realizar a modificação solicitada com relação às especialidades ofertadas.
- f) Mesmo com as modificações solicitadas, o quantitativo de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais previstas no contrato de gestão, ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou de tipos de consultas, conforme as especificações deste **Anexo I - Descritivo de Ações e Serviços/ Atividades Assistenciais** do Plano de Trabalho.
- g) Serão considerados como cirurgia ambulatorial de menor complexidade os procedimentos cirúrgicos realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório;
- h) O registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial deve se dar pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS);

- i) Todos os outros registros do ambulatório também deverão ser feitos pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), utilizando o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I, preenchido pelo próprio HOSPITAL, processado e aprovado pelo Ministério da Saúde;
- j) Além de consultas por profissionais de saúde, a equipe ambulatorial executa as prescrições médicas, orienta usuários do SUS e familiares quanto ao tratamento continuado e cumprem as atribuições próprias de enfermagem e o bem-estar do paciente.
- k) O Serviço Ambulatorial, compreendido no Ambulatório de Especialidades, destina-se à realização de consultas especializadas, para atender os usuários do SUS egressos do hospital, os usuários que necessitam de avaliação pré-operatória e os encaminhados/regulados pela Central Estadual de Regulação do estado do Mato Grosso.

- **Ambulatório de Estratégia *Follow-up***

O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor do **Serviço de Ambulatório de Estratégia *Follow-up*** para o seguimento/acompanhamento e desenvolvimento de Recém-nascido (RN)/ bebês prematuros é uma oferta essencial para garantir que essas crianças, que nasceram antes do tempo adequado, recebam a atenção especializada necessária para seu crescimento saudável e o desenvolvimento motor, cognitivo e social adequado.

A prematuridade é um dos principais fatores de risco para complicações em recém-nascidos, que podem afetar não só a sobrevivência, mas também a qualidade de vida futura. Por isso, os bebês prematuros precisam de acompanhamento contínuo após a alta hospitalar para monitoramento e intervenções precoces. O **Serviço de Ambulatório de Estratégia *Follow-up*** entra justamente para atender essa demanda, oferecendo um conjunto de cuidados especializados.

Principais componentes do serviço:

a) Acompanhamento médico e pediátrico especializado:

- Monitoramento regular do crescimento e desenvolvimento físico do bebê, com acompanhamento de pediatras e neonatologistas.
- Identificação precoce de possíveis sequelas ou complicações resultantes da prematuridade, como problemas respiratórios, cardiovasculares ou neurológicos.
- Realização de exames periódicos (exames neurológicos, audiometria, oftalmologia, entre outros) para detectar precocemente distúrbios ou alterações no desenvolvimento.

b) Apoio nutricional:

- A prematuridade pode levar a dificuldades alimentares. Portanto, o serviço conta com acompanhamento de nutricionistas, que podem atuar no planejamento e orientação alimentar, além de acompanhamento do ganho de peso.
- Suporte para o aleitamento materno, quando possível, e, caso necessário, a introdução de fórmulas especiais ou acompanhamento com terapias nutricionais.

c) Acompanhamento psicossocial:

- O processo de acompanhamento dos bebês prematuros não envolve apenas cuidados clínicos, mas também apoio emocional às famílias. O serviço de follow-up oferece suporte psicológico, promovendo o fortalecimento da saúde mental dos pais e cuidadores, que frequentemente enfrentam desafios emocionais com o nascimento prematuro.
- O acompanhamento envolve, também, orientações sobre cuidados domiciliares e prevenção de complicações.

d) Intervenções terapêuticas e desenvolvimento neuropsicomotor:

- Bebês prematuros muitas vezes necessitam de fisioterapia e fonoaudiologia para estimular o desenvolvimento motor e de habilidades de alimentação.

- Intervenções precoces, como terapia ocupacional e estimulação precoce, são fundamentais para garantir que o bebê alcance marcos de desenvolvimento neuropsicomotor no tempo adequado.

e) Monitoramento de sinais de atraso no desenvolvimento:

- Além de avaliações clínicas regulares, o acompanhamento também visa identificar sinais de atraso no desenvolvimento, seja em áreas como fala, coordenação motora, ou interação social.
- Em casos de identificação precoce de necessidades, a intervenção imediata aumenta as chances de sucesso no tratamento e na recuperação do bebê.

Objetivos do Serviço:

- **Prevenir complicações a longo prazo**, oferecendo cuidados e tratamento adequados para minimizar os riscos de sequelas em bebês prematuros.
- **Promover o desenvolvimento saudável** do bebê, assegurando que ele tenha a melhor chance possível de alcançar marcos de desenvolvimento típicos para sua idade.
- **Oferecer suporte contínuo para a família**, facilitando o processo de adaptação e cuidados após a alta hospitalar.

O Serviço de Ambulatório de *Follow-up* deverá ser fundamental não só para garantir que os bebês prematuros se desenvolvam da melhor forma possível, mas também para promover uma rede de apoio integrada e contínua, que envolva profissionais da saúde, a família e a comunidade. Ele proporciona a continuidade do cuidado que é crucial após a alta hospitalar, quando os bebês deixam o ambiente de terapia intensiva neonatal e retornam ao convívio familiar.

VI. Serviço de Saúde Digital (UNIDADE II)

A implantação do Serviço de Saúde Digital visa integrar a telessaúde ao Hospital, permitindo o atendimento remoto de pacientes por meio de teleconsultas e utilizando tecnologias de ponta para a gestão e acompanhamento de casos clínicos. Isso será alcançado por meio da disponibilização de equipamentos adequados, infraestrutura de conectividade, e a formação de uma equipe capacitada, que garantam um atendimento eficiente, ágil e humanizado.

Ações Principais para Implementação:

a) Infraestrutura e Equipamentos:

- O Hospital deverá **disponibilizar todos os equipamentos necessários** para montar as salas de atendimento virtuais, incluindo dispositivos adequados ao uso de **telemedicina**, como câmeras de alta definição, monitores, sistemas de comunicação seguros, e plataformas de videoconferência.
- A **infraestrutura de conectividade** será essencial, garantindo acesso à internet de alta qualidade para suportar atendimentos de telemedicina sem interrupções, com a segurança exigida para o armazenamento e compartilhamento de dados médicos.

b) Equipe de Teleconsultores e Corpo Clínico:

- O Hospital deverá **disponibilizar uma equipe de teleconsultores**, composta por **especialistas de referência** e **equipes multiprofissionais** (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros) aptos a prestar serviços de telessaúde. A quantidade de profissionais deve ser compatível com a **demand**a dos atendimentos e especializada conforme as necessidades de cada paciente.
- Será necessário garantir a presença de especialistas e profissionais capacitados para realizar consultas à distância, contribuindo para a eficácia dos atendimentos e o bem-estar dos pacientes.

c) Tempo de Disponibilidade para Atendimento:

- Cada **especialidade médica** deve dedicar, no mínimo, **2 horas diárias** para o atendimento via telessaúde, garantindo a regularidade e a disponibilidade de especialistas para atender os pacientes remotamente de acordo com a demanda.

d) Telerregulação:

- O Hospital deve disponibilizar, dentro de suas instalações, um **telerregulador** responsável por monitorar a plataforma digital de telessaúde, receber as demandas de atendimento e encaminhar aos **especialistas adequados**. Este profissional terá papel fundamental na organização e direcionamento correto das solicitações, garantindo agilidade e precisão no atendimento.

e) Capacitação e Treinamento:

- Para garantir o bom uso da plataforma de telessaúde, será necessário organizar sessões de **capacitação para os especialistas**. Estas sessões devem ser **agendadas com o Núcleo de Telessaúde e Saúde Digital MT**, para que os profissionais se familiarizem com a tecnologia e os fluxos de atendimento, assegurando a qualidade do serviço prestado.

f) Fluxo de Atendimento:

- O Hospital deverá seguir o **fluxo de atendimento** elaborado pela **equipe técnica do Núcleo de Telessaúde e Saúde Digital MT**, garantindo que todos os protocolos sejam seguidos rigorosamente para a realização de consultas remotas, desde o registro do paciente até o encerramento do atendimento.

A implantação de Saúde Digital no Hospital proporcionará uma **ampliação do acesso à saúde**, especialmente para aqueles que necessitam de consultas com especialistas, mas não podem se deslocar fisicamente até a unidade de saúde. Com a criação de uma infraestrutura robusta e a formação de uma equipe qualificada, o Hospital será capaz de oferecer **atendimentos eficientes e seguros**, com toda a tecnologia necessária para proporcionar uma experiência de saúde digital moderna e de qualidade.

VII. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) EXTERNO (UNIDADE II)

Entende-se por SADT a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapia a usuários do SUS atendidos em regime de ambulatório, urgência/emergência, internação e Hospital-dia conforme a necessidade dos usuários do SUS,

O SADT na **UNIDADE II** deverá funcionar em regime de 24 horas/dia, ininterruptamente, para usuários do SUS INTERNADOS e 12 horas/dia para pacientes EXTERNOS (70%) (encaminhados pela Central de Regulação Estadual).

O hospital também ofertará os serviços de SADT a usuários do SUS EXTERNOS ao Hospital, encaminhados pela Central de Regulação Estadual, para realização de atividades de SADT.

O SADT para atendimento dos internos não irá compor a Linha de Serviços para efeito de cumprimento de metas, porém o PARCEIRO PRIVADO deverá ofertar/disponibilizar esses serviços conforme necessidade e gravidade do usuário do SUS e apresentar mensalmente a produção realizada dentro do faturamento de internação hospitalar.

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

Os exames de SADT elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimento, Medicamento e Órteses Próteses e Materiais do SUS (SIGTAP):

a) SADT EXTERNO AMBULATÓRIO de Atenção Especializada Linha de Cuidado Materno Infantil, Mulher e criança, e Estratégia *Follow-up*: define-se como os exames realizados para os usuários do SUS EGRESSOS do hospital e os referenciados pelo sistema de agendamento por meio da central reguladora - Complexo Regulador/SES-MT.

a.1) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco, e acesso aos resultados em tempo oportuno;

b) SADT URGÊNCIA\EMERGÊNCIA: define-se como os exames realizados para os usuários do SUS em atendimento no serviço de urgência/emergência ginecológicas, obstétricas, neonatal e pediátricas, e internos do próprio hospital.

DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO (incluindo diagnóstico por teste rápido)
Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia / COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO/BÍÓPSIA /
DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA
(Broncoscopia (Broncofibroscopia) / Colangiopancreatografia retrógrada (via endoscópica) / Cistoscopia e/ou Uretroscopia e/ou Uretroscopia/ Esofagogastroduodenoscopia (EDA)
DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC)
DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral / RM do torax e membros superiores / RM do abdomen, pelve e membros inferiores)
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA / EXAMES RADIOLÓGICOS
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA E ECO Conv. / Doppler Colorido (com ou sem doppler) / Ultra-sonografias dos demais sistemas)
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES - Diagnóstico em ginecologia-obstetrícia

VIII. Serviço de Urgência/Emergência (UNIDADE II)

O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir a atuação do Serviço de Urgência e Emergência atendendo aos seguintes aspectos:

- a) **Atendimento 24 horas:** A UNIDADE II oferecerá serviços de urgência e emergência ininterruptamente, 24 horas por dia, para usuários do SUS.
- b) **Público-alvo:** Foco na linha de cuidado materno-infantil, atendendo gestantes de alto risco, mulheres e crianças vítimas, incluindo aquelas trazidas por serviços de resgate (SIATE Corpo de Bombeiros/193, Polícia Militar e Rodoviária Federal) e encaminhadas pela Central Estadual de Regulação do Mato Grosso, com 100% dos casos regulados via Sistema de Regulação online.
- c) **Tipos de atendimento:**
 - Porta aberta: Atendimento espontâneo para gestantes de alto risco e casos de urgências ginecológicas e obstétricas.
 - Porta fechada: Atendimento de casos encaminhados conforme fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso (SES/MT).
- d) **Procedimentos clínicos e cirúrgicos:** Realizados para pacientes que chegam espontaneamente ou são encaminhados/regulados, com dados de produção reportados à SES/MT conforme requisitos estabelecidos.
- e) **Gestação de risco habitual:** Atendimento conforme encaminhamento e regulação dos 14 municípios pactuados, abrangendo porta aberta e situações de urgência e emergência obstétricas, neonatais e pediátricas.
- f) **Reinternações:** Atendimento a pacientes egressos da unidade hospitalar que necessitem de reinternação entre 24 e 72 horas após alta, conforme legislação vigente e autorização da Central de Regulação Estadual (SES/MT).
- g) **Leitos de observação:**
 - Leitos/poltronas de observação e estabilização: Disponíveis para atendimentos de urgência e emergência por até 24 horas:
 - Capacidade:
 1. Emergência pediátrica e neonatal: 2 leitos de emergência e 10 leitos de observação.
 2. Emergência obstétrica e ginecológica: 2 leitos de emergência e 8 leitos de observação.

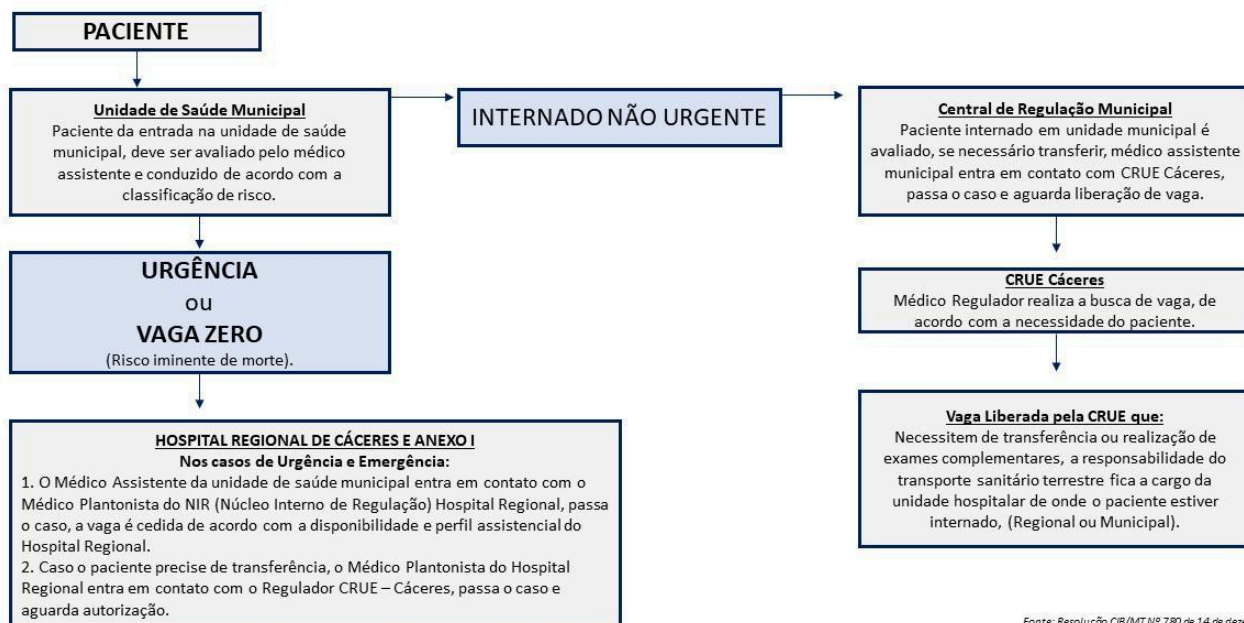
SERVIÇO DE URGÊNCIA & EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA e NEONATAL	
Box Emergência	2
Observação	10
SERVIÇO DE URGÊNCIA e EMERGÊNCIA ADULTO	
Box Emergência	2
Observação	8

h) Diretrizes Operacionais:

- **Equipe médica:** Disponibilidade diária de médicos emergencistas/plantonistas e suporte assistencial especializado, 24 horas por dia, sete dias por semana.
- **Registro de atendimentos:** Todos os atendimentos de urgência devem ser registrados, independentemente de resultarem em hospitalização.
- **Observação sem internação:** Pacientes em observação por menos de 24 horas que não necessitam de internação terão apenas o atendimento de urgência registrado, sem registro de hospitalização.
- **Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR):** Implementação de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), priorizando atendimentos conforme a gravidade, seguindo protocolos do Programa Nacional de Humanização.
- **Qualificação profissional:** Equipe médica composta por profissionais devidamente certificados e registrados no Conselho Regional de Medicina, conforme a especialidade exigida, garantindo a capacidade assistencial conforme o contrato.
- **Fluxo de Regulação:** Atendimento conforme o fluxo de regulação da urgência e emergência, conforme disposto na Resolução CIB nº. 780 de dezembro de 2023 (Estabelece o fluxo de regulação de urgência e emergência no estado do Mato Grosso), nos casos de risco iminente, acidente vascular encefálico isquêmico em janela terapêutica, infarto agudo do miocárdio e situações de urgência e emergência Ginecológicas, obstétricas, neonatais e pediátricas entre outros agravos estabelecidos no Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do SUS e Resolução CFM nº.2077, 24 de julho de 2014, que Normatiza o funcionamento dos serviços hospitalares de urgência e emergência, incluindo o dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.
 - Na Resolução CIB/MT supracitada, estabelece a divisão dos municípios de “Vaga Zero” ao qual a **UNIDADE I** é referência no atendimento da Região Oeste e Sudoeste de Saúde do estado de Mato Grosso, na regulação de urgência e emergência de acordo com o seu perfil assistencial.
 - A seguir o fluxo de regulação de urgência e emergência – **VAGA ZERO DA REGIÃO OESTE** e na sequência os municípios que terão como referência o Hospital Regional de Cáceres (**UNIDADE I**):

Figura 05. Fluxo de regulação de urgência e emergência – **REGIÃO OESTE DE SAÚDE**, Mato Grosso, 2023

FLUXO DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGIÃO OESTE (12 MUNICÍPIOS) - CÁCERES



Fonte: Resolução CIB/MT Nº 780 de 14 de dezembro de 2023.

Fonte: Resolução CIB/MT Nº 780 de 14 de dezembro de 2023.

Figura 06. Municípios que terão como referência o Hospital Regional de Cáceres (UNIDADE I) - REGIÃO OESTE DE SAÚDE

MUNICÍPIO	
Araputanga	Mirassol d'Oeste
Cáceres	Porto Esperidião
Curvelândia	Rio Branco
Glória d'Oeste	Reserva do Cabaçal
Indiavaí	São José dos Quatro Marcos
Lambari d'Oeste	Salto do Céu
TOTAL: 12	

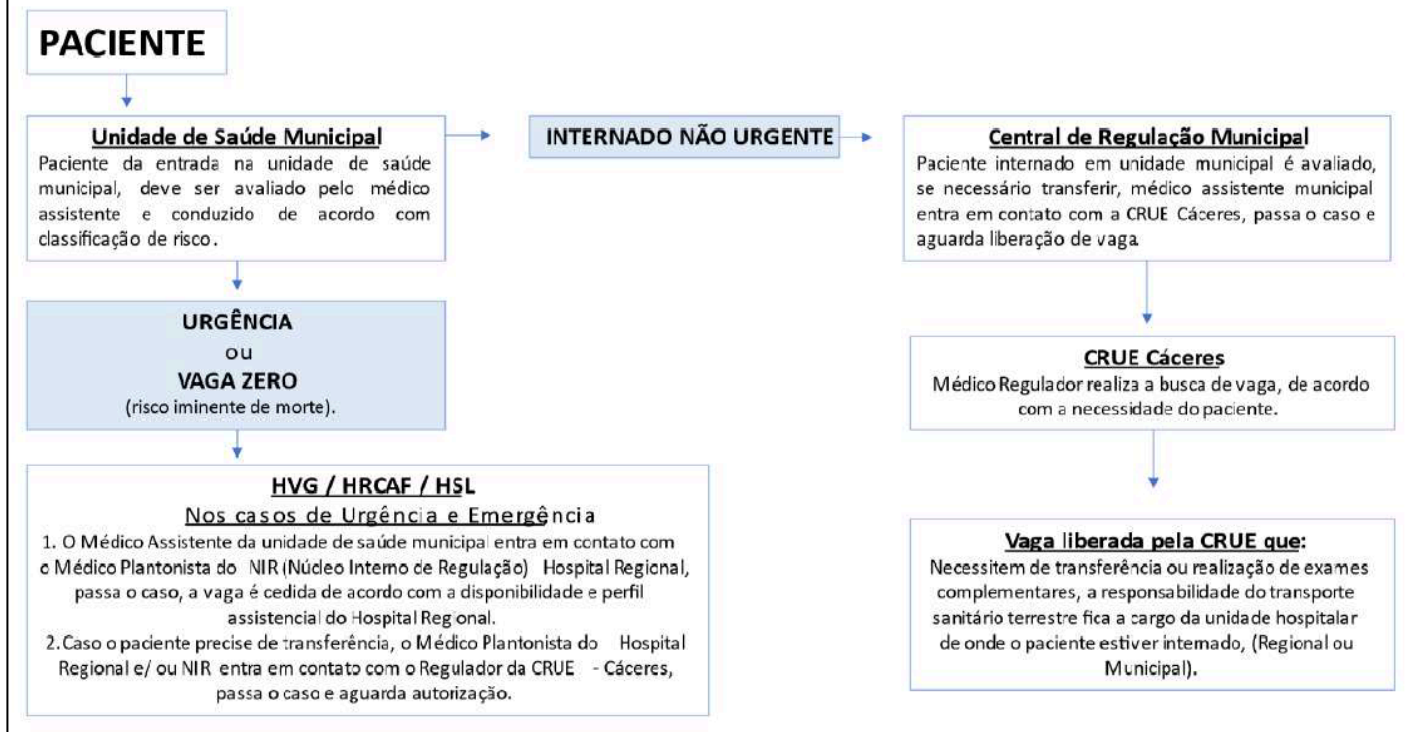
Fonte: Resolução CIB/MT Nº 780 de 14 de dezembro de 2023.

- A seguir o fluxo de regulação de urgência e emergência – **VAGA ZERO DA REGIÃO SUDOESTE** e na sequência os municípios que terão como referência o Hospital Regional de Cáceres (UNIDADE I):

Figura 07. Fluxo de regulação de urgência e emergência – REGIÃO SUDOESTE DE SAÚDE, Mato Grosso, 2023

ANEXO XII

FLUXO DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA- REGIÃO SUDOESTE MATOGROSSENSE



Fonte: Resolução CIB/MT Nº 780 de 14 de dezembro de 2023.

- Municípios que, para o fluxo de regulação de urgência e emergência – **VAGA ZERO DA REGIÃO SUDOESTE**, terão como referência o Hospital Regional de Cáceres, Mato Grosso, 2023.

Figura 08. Municípios que terão como referência o Hospital Regional de Cáceres (**UNIDADE I**) - **REGIÃO SUDOESTE DE SAÚDE**

MUNICÍPIO
Figueirópolis D'Oeste
Jauru
TOTAL: 2

Fonte: Resolução CIB/MT Nº 780 de 14 de dezembro de 2023.

IX. Serviço de Assistência em Atenção Médico Domiciliar e Cuidados Paliativos (UNIDADE II)

O PARCEIRO PRIVADO deverá oferecer ou contratar Serviço de Atenção Médico Domiciliar incluindo cuidados paliativos, para garantir a continuidade do cuidado dos usuários do SUS em domicílio, conforme a necessidade indicada pelo *Time* de Desospitalização, utilizando o método de **classificação de pacientes em assistência domiciliária em alta complexidade** da Associação Brasileira de Empresas de Medicina de Internação Domiciliar (ABEMID), conforme os níveis 4 e 5 – Alta Complexidade, conforme segue:

Implantar / Implementar do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) na UNIDADE II: Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I, com a proposta de reduzir a demanda hospitalar, diminuir a permanência de usuários no ambiente hospitalar, humanizar o atendimento à saúde, ampliar a autonomia dos usuários e otimizar recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde.

Visando atender pessoas em situação de restrição ao leito ou lar, ou com condição clínica de vulnerabilidade, tanto de forma temporária quanto permanente, onde a atenção domiciliar é a solução mais oportuna para tratamento, paliatividade, reabilitação e prevenção de agravos. O serviço será especialmente útil em casos de:

- Afecções agudas com necessidade de tratamentos parenterais ou procedimentos frequentes.

- Afecções crônicas agudizadas que exigem cuidados sequenciais, tratamentos parenterais ou reabilitação.
- Cuidados paliativos, necessitando de visitas sequenciais para manejo de sintomas não controlados.

a) Equipe e Carga Horária:

- Profissionais Essenciais:
 - Médico: 40 horas semanais
 - Enfermeiro: 60 horas semanais
 - Fisioterapeuta: 30 horas semanais
 - Assistente Social: 30 horas semanais
 - Técnico de Enfermagem: 120 horas semanais
- Equipe Multidisciplinar de Apoio (mínimo 90 horas totais):
 - Fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional.
- Exigência mínima de carga horária: Nenhum profissional poderá ter carga horária inferior a 20 horas semanais.

b) Atribuições da Equipe de Atendimento Domiciliar:

- Realizar assistência à saúde do usuário do SUS.
- Identificar, orientar e capacitar os cuidadores, respeitando limites e potencialidades dos usuários do SUS.
- Acolher demandas de dúvidas e queixas de usuários do SUS, familiares e cuidadores.
- Promover espaços de cuidado e troca de experiências para cuidadores e familiares.
- Utilizar linguagem acessível, considerando o contexto do usuário do SUS.

c) Frequência de Atendimento:

- A equipe de atendimento domiciliar deverá realizar, no mínimo, 1 (uma) visita semanal a cada usuário do SUS.

d) Encaminhamento e Admissão de Pacientes:

- O encaminhamento será feito prioritariamente por meios digitais (*e-mail* ou sistema informatizado) com preenchimento de instrumentos específicos e identificação do profissional responsável.
- A admissão exigirá a concordância do usuário do SUS ou responsável legal, além da assinatura do termo de esclarecimento e responsabilidade. Para o desligamento, será necessário o termo de recusa de atendimento.

e) Número de Pacientes:

- Estima-se o atendimento de 54 usuários do SUS por mês, com um total de 570 atendimentos/ visitas mensais, podendo variar conforme as características dos usuários e as particularidades regionais de mobilidade.

f) Assistência e Continuidade:

- O serviço de atendimento domiciliar garantirá a continuidade e regularidade da assistência, conforme o **Plano Terapêutico Singular (PTS)**, incluindo atendimentos à noite, finais de semana e feriados, com escalas especiais, plantões presenciais ou retaguarda de profissionais da rede local.
- Quando necessário, o PARCEIRO será responsável pelo acesso às medicações e especialidades, além de suporte diagnóstico complementar e internação eletiva ou de urgência.

g) Atendimento Remoto:

- O atendimento remoto será possível após avaliação presencial, para orientações e auxílio ao usuário do SUS, sendo intercalado com visitas presenciais e registrado no Plano Terapêutico de cada usuário e no relatório de produtividade da equipe. O atendimento remoto estará disponível durante todo o horário de funcionamento do serviço.

h) Transporte e Registros:

- O serviço incluirá transporte eletivo e de urgência para os usuários do SUS, conforme necessidade.

- Os prontuários dos usuários do SUS atendidos/ assistidos serão armazenados na estrutura física do PARCEIRO PRIVADO, garantindo segurança e acessibilidade às informações.

A implantação do Serviço de Atendimento Domiciliar com cuidados paliativos permitirá uma abordagem mais humanizada, com um atendimento personalizado e eficiente, beneficiando usuários do SUS que necessitam de cuidados contínuos e de qualidade, ao mesmo tempo em que otimiza os recursos da saúde e reduz a sobrecarga hospitalar. A estrutura multidisciplinar, a flexibilidade no atendimento remoto e a assistência contínua serão pilares essenciais para o sucesso deste serviço inovador.

X. **Time de Desospitalização (UNIDADE II)**

O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de um *Time* de Desospitalização que inclua assistente social, responsável pela elaboração e implementação de estratégias destinadas à otimização do tempo de permanência, giro de leito e garantia da alta segura.

A atuação do time de desospitalização deve ser pautada em critérios de transição do cuidado de forma humanizada, de acordo com as necessidades do paciente e de sua família e articuladas com o Núcleo interno de regulação – NIR, Comissão de Humanização, Comissão de Cuidados Paliativos. Também deverá estar articulado com o serviço de atenção domiciliar que deverá ser contratado ou oferecido pelo parceiro privado.

Considerando que a desospitalização no contexto da assistência na linha de cuidado materno-infantil, especialmente em casos de urgência e emergência pediátrica e neonatal, requer uma abordagem especializada e multidisciplinar para garantir a continuidade do cuidado e a segurança do paciente após a alta hospitalar.

a) **Objetivo:**

- Otimizar o tempo de permanência dos pacientes.
- Aumentar o giro de leitos.
- Garantir alta segura e humanizada.

b) **Composição do Time de Desospitalização Materno-Infantil**

- **Assistente Social:** Responsável por avaliar o contexto sociofamiliar, identificar recursos comunitários e orientar as famílias sobre direitos e serviços disponíveis.
- **Enfermeiro Especializado em Pediatria e Neonatologia:** Fornece orientações sobre cuidados específicos, manejo de dispositivos médicos e sinais de alerta que necessitam de atenção imediata.
- **Médico Pediatra/Neonatalogista:** Avalia a estabilidade clínica do paciente, define critérios para alta e elabora o plano terapêutico domiciliar.
- **Fisioterapeuta Respiratório e/ou Motora:** Orienta exercícios e técnicas para manutenção ou recuperação da função respiratória e motora, conforme a necessidade.
- **Nutricionista:** Elabora planos alimentares adequados às necessidades específicas de cada paciente, considerando condições clínicas e preferências culturais.
- **Psicólogo:** Oferece suporte emocional às famílias, auxiliando na adaptação à nova rotina de cuidados em domicílio.

c) **Atuação:**

- Implementação de estratégias para desospitalização eficaz.
- Coordenação com o **Núcleo Interno de Regulação (NIR)**.
- Articulação com a **Comissão de Humanização** e **Comissão de Cuidados Paliativos**.
- Planejamento da continuidade do cuidado pós-alta.

d) **Parcerias e Continuidade do Cuidado:**

- Conexão com **Serviço de Atenção Domiciliar**.
- Serviço pode ser contratado ou oferecido pelo **Parceiro Privado**.

e) **Principais Atribuições**

- **Planejamento da Alta Hospitalar:** Desenvolver um plano de alta individualizado, contemplando orientações claras sobre medicações, cuidados específicos e agendamentos de consultas de acompanhamento.
- **Educação e Treinamento Familiar:** Capacitar os cuidadores para o manejo seguro do paciente em casa, incluindo a utilização correta de equipamentos médicos e reconhecimento de sinais de complicações.
- **Articulação com Serviços de Atenção Domiciliar:** Estabelecer parcerias com equipes de atenção domiciliar para garantir suporte contínuo e especializado após a alta.
- **Acompanhamento Pós-Alta:** Realizar monitoramento regular, seja por meio de visitas domiciliares ou contatos telefônicos, para avaliar a evolução clínica e oferecer suporte adicional conforme necessário.

f) Benefícios Esperados

- **Redução do Tempo de Internação:** Diminuir o período de hospitalização, liberando leitos para novos pacientes e reduzindo os riscos associados à permanência prolongada no hospital.
- **Melhoria na Qualidade de Vida:** Proporcionar um ambiente familiar que favoreça o bem-estar emocional e físico da criança, promovendo uma recuperação mais rápida e eficaz.
- **Prevenção de Reinternações:** Através de um acompanhamento contínuo e suporte adequado, minimizar o risco de complicações que possam levar a novas internações.

A implementação de um Time de Desospitalização Materno-Infantil eficaz exige a integração de múltiplos profissionais e serviços, garantindo uma transição segura e humanizada do hospital para o domicílio, sempre centrada nas necessidades específicas de cada paciente e sua família.

XI. Serviço de Verificação de Óbitos Não Invasivo ou Autópsia Minimamente Invasiva (AMI) - (UNIDADE II)

O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor do Serviço de Verificação de Óbito Não Invasivo ou Autópsia Minimamente Invasiva (AMI), que representa uma revolução na forma como realizamos a investigação de óbitos, considerando que:

- a) A implantação do Serviço de Verificação de Óbito Não Invasivo ou Autópsia Minimamente Invasiva (AMI) visa modernizar a investigação das causas de óbitos, utilizando métodos avançados de diagnóstico que substituem a necessidade de autópsias convencionais. O serviço visa obter informações precisas sobre a causa da morte, sem a necessidade de abrir o corpo, por meio de tecnologias de imagem e coleta de amostras de tecidos.
- b) Em 2019, o Brasil registrou 33,7% de óbitos com causa natural inespecífica, o que indica uma lacuna significativa na precisão dos dados de mortalidade. Melhorar o diagnóstico dessas causas é essencial para a obtenção de dados mais acurados e para a aprimoração da Vigilância em Saúde. Esse desafio é ainda maior considerando as desigualdades regionais no acesso a serviços de verificação de óbitos (SVO) e a estruturação da Atenção e Vigilância em Saúde, <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-vigilancia-do-obito-de-causa-natural-inespecifica-no-brasil.pdf>
- c) De 2019 a 2023, o município de Cáceres registrou 168 óbitos com causas mal definidas, representando uma média de 3 a 4 óbitos mensais no Hospital Regional Dr. Antônio Fontes, conforme dados extraídos do SIM e do SIH disponíveis nos portais governamentais, dados extraídos disponíveis no link <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10MT.def>, <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nimt.def>.
- d) A adoção da AMI representa um avanço importante para a saúde pública no Brasil, especialmente em regiões com dificuldades no acesso a métodos tradicionais de verificação de óbito. Com a redução das causas de morte mal definidas e o aprimoramento da precisão nos dados de mortalidade, o serviço contribuirá significativamente para a melhoria das políticas de saúde pública no país.

Tecnologia a ser utilizada: Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (RM): Técnicas de imagem avançadas serão utilizadas para analisar os corpos sem a necessidade de abertura, e **Coleta de amostras por agulhas guiadas por imagem:** Permitirá a obtenção de tecidos para exames laboratoriais, complementando o diagnóstico da causa da morte.

Benefícios Esperados:

- **Maior Precisão no Diagnóstico de Causas de Morte:** A AMI proporciona uma abordagem mais acurada, ajudando a identificar causas de óbito que não seriam claramente detectadas em exames convencionais.
- **Redução do Impacto Social e Psicológico:** Ao evitar a abertura do corpo, reduz-se o trauma para as famílias e para os profissionais de saúde.
- **Aprimoramento dos Dados de Mortalidade:** O uso da AMI permitirá a obtenção de dados mais precisos, essencial para políticas públicas de saúde e planejamento de ações preventivas.
- **Aumento da Eficiência na Investigação de Óbitos:** A implementação do AMI nos hospitais regionais facilita uma análise rápida e menos invasiva, contribuindo para a eficácia na vigilância epidemiológica.

O PARCEIRO PRIVADO será responsável por fornecer os insumos necessários (sistemas de coleta de amostras por agulha) e treinar a equipe de saúde local para realizar os procedimentos. A implantação será feita inicialmente no Hospital Regional Dr. Antônio Fontes, com possibilidade de expansão para outras unidades conforme a demanda.

A Autópsia Minimamente Invasiva (AMI) se baseia em técnicas de imagem, como a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM), combinadas com a coleta de amostras de tecidos por meio de agulhas guiadas por imagem, conforme detalhamento Quadro infra:

DESCRIÇÃO/ PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	FÍSICO ESTIMADO (n)/ MENSAL	TOTAL / ANUAL
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CBO Médico Radiologista / CBO Médico necropsista / CBO Médico Patologista))	4	48
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) (técnico em radiologia, técnico ou auxiliar em necropsia)	4	48
BIOPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAO X	4	48
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	4	48
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	4	48
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	4	48
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	4	48
Total	28	336

XII. Serviço de Captação de Órgãos (UNIDADE II)

O Hospital deverá dispor de Serviço de Captação de Órgãos, composto por um conjunto de ações coordenadas que visam identificar potenciais doadores, confirmar a morte encefálica, realizar a retirada dos órgãos e tecidos, e garantir a sua distribuição para pacientes na lista de espera por um transplante, com uma equipe multidisciplinar e alta capacidade técnica e humana.

O serviço funcionará conforme o processo de captação estabelecido pela Coordenadoria de Transplantes/Superintendência de Regulação – SUREG/SES/MT, englobando as seguintes etapas:

- Notificação da morte encefálica:** Quando um paciente é diagnosticado com morte encefálica em um hospital, a equipe médica notifica a Central de Transplantes.
- Avaliação do doador:** Uma equipe especializada realiza uma avaliação completa do doador, incluindo a revisão da história clínica, a realização de exames complementares e a confirmação do diagnóstico de morte encefálica.
- Consentimento familiar:** Uma equipe cirúrgica especializada será responsável pela retirada dos órgãos do doador. O procedimento será conduzido com a máxima segurança e respeito ao corpo do doador, utilizando recipientes especiais para acondicionar os órgãos. Após a retirada, os órgãos serão transportados para os centros transplantadores.
- Retirada dos órgãos:** Uma equipe cirúrgica especializada será responsável pela retirada dos órgãos do doador. O procedimento será conduzido com a máxima segurança e respeito ao corpo do doador, utilizando recipientes especiais para acondicionar os órgãos. Após a retirada, os órgãos serão transportados para os centros transplantadores.

- e) **Distribuição dos órgãos:** Os órgãos retirados serão distribuídos para os pacientes na lista de espera para transplantes, respeitando critérios rigorosos de compatibilidade imunológica, urgência e viabilidade do transplante. A Central de Transplantes coordenará essa distribuição, assegurando que os órgãos cheguem rapidamente aos centros de transplante especializados.
- f) **Equipe Multidisciplinar:** A Equipe do Serviço de Captação de Órgãos será composta por profissionais altamente capacitados, incluindo médicos, cirurgiões, enfermeiros e outros especialistas. Cada membro da equipe desempenhará atribuições específicas no processo de captação, desde a notificação até a retirada e transporte dos órgãos. A colaboração e a comunicação eficaz entre todos os envolvidos são essenciais para garantir o sucesso do processo.
- g) **Capacidades Técnicas e Humanas:** Além da alta capacitação técnica, a equipe deverá demonstrar sensibilidade e empatia, especialmente durante a abordagem familiar para obter o consentimento da doação. O respeito ao luto da família e a explicação clara do processo de doação são partes fundamentais do serviço, garantindo que a experiência, apesar da tristeza, seja conduzida de maneira respeitosa e solidária.

A implantação do Serviço de Captação de Órgãos no hospital terá um impacto direto e positivo na vida de pacientes que aguardam por transplantes. Com uma equipe qualificada e um processo organizado e humanizado, o hospital contribuirá significativamente para o sucesso da rede de transplantes, permitindo que órgãos sejam captados e distribuídos de maneira eficiente, rápida e com respeito às normas éticas e legais do processo.

PROCEDIMENTO	FÍSICO ESTIMADO (n) / MENSAL	FÍSICO ESTIMADO / ANUAL
AÇÕES RELACIONADAS A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE		
COLETA DE SANGUE EM HEMOCENTRO P/ EXAMES DE HISTOCOMPATIBILIDADE (CADASTRO DE DOADOR NO REDOME)	1	12
TOTAL AÇÕES RELACIONADAS A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE	1	12

XIII. Serviço de Transporte Sanitário (UNIDADE II)

O PARCEIRO PRIVADO deverá:

- a) Ofertar transporte sanitário aos usuários do SUS internos que demandarem serviços de transporte terrestre em Ambulâncias de Suporte Básico Tipo B e Ambulância de Suporte Avançado Tipo D, conforme Portaria nº.2.048 GM/MS, de 05 de novembro de 2002, para remoção inter-hospitalar à centros clínicos para a realização de exames não ofertados pelo HOSPITAL ou mesmo para realização de procedimentos cuja referência é outro hospital. Abaixo o físico estimado:

TIPOLOGIA / TRANSPORTE	FÍSICO ESTIMADO (KM RODADO) / MENSAL	FÍSICO ESTIMADO (KM RODADO)/ ANUAL
TRANSPORTE TERRESTRE SUPORTE BÁSICO TIPO B (KM RODADO)	8.500	102.000
TRANSPORTE TERRESTRE SUPORTE AVANÇADO TIPO D (KM RODADO)	4.250	51.000
TOTAL (KM RODADO)	12.750	153.000

- b) No caso de o usuário do SUS necessitar de aeronave de Transporte Aeromédico Tipo E, este será autorizado/regulado pela Equipe dos Profissionais Médicos Reguladores/SES da Central Estadual de Regulação /SES-MT, conforme pactuação estabelecida e responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde;
- c) O Serviço Móvel e a frota de ambulâncias hoje disponíveis no HOSPITAL serão mantidas pelo PARCEIRO PRIVADO.

XIV. Qualificação Profissional e Integração Ensino-serviço (UNIDADE II)

- a) Deverão ser mantidas as atividades de aperfeiçoamento e capacitação em áreas assistenciais e de suporte técnico administrativo, com implementação de programa de qualificação profissional aos colaboradores, visando melhoria de acesso e qualidade da assistência.
- b) Caso demandado pela Secretaria de Estado de Saúde- SES/MT, deverá ser disponibilizado campo de estágio para os cursos da área de saúde nos níveis, técnico, graduação e pós-graduação. Para o desenvolvimento dessas atividades o HOSPITAL deverá adequar-se às exigências do MEC para as devidas certificações.

- c) Caso demandado pela Secretaria de Estado Saúde- SES/MT, deverá ser disponibilizado campo para a implantação de programas de residências médicas e multiprofissionais.
- d) Caso demandado pela Secretaria de Estado de Saúde- SES/MT, deverá ser implantado a Rede RUTE (Rede Universitária de Telemedicina); sua implantação trará impacto científicos, tecnológicos, econômicos e sociais para os serviços médicos, permitindo a adoção de medidas simples e de baixo custo, além de proporcionar a capacitação de profissionais, em especial da área médica sem deslocamento para os centros de referência.
- e) Deverá ser implementada a Comissão Interna de Integração Ensino e Serviço - CIES.

XV. Comissões Clínicas, Comitês e Núcleos Hospitalares (UNIDADE II)

O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor e manter em pleno funcionamento, no mínimo, a Comissões, Comitês e Núcleos detalhados nos **Itens 1.2.39 e 1.2.40** deste instrumento.

4.4. METAS DE PRODUÇÃO (UNIDADE II)

4.4.1. REGRA GERAL

Serão apresentados os **indicadores e as metas de produção** para a **UNIDADE II: Hospital Regional Dr Antonio Fontes Anexo I** referentes aos serviços assistenciais, os quais correspondem a **90%** do valor mensal estimado de custeio.

O PARCEIRO PRIVADO deverá informar **mensalmente** os **Resultados dos Indicadores de Produção**, que estão relacionados à **QUANTIDADE** de assistência oferecida aos usuários do SUS da **UNIDADE II: Hospital Regional Dr Antonio Fontes Anexo I**.

Serão consideradas como Metas de Produção determinantes do pagamento da **parte fixa**, os seguintes critérios:

I. Internações Hospitalares (UNIDADE II)

- a) Saídas de Clínicas/especialidades (pediatria, neurologia pediátrica, neonatologia, clínica geral, ginecologia e obstetrícia, urologia, nefrologia adulto, nefrologia pediatria, otorrinolaringologista, vascular, gastroenterologista, cardiologia clínica);
 - b) Saídas Cirúrgicas/especialidades (trauma, ortopedia pediátrica, neurologia e neurocirurgia pediátrica, cirurgia geral, cirurgia geral pediátrica e neonatal, cardiologia/cardiovascular, vascular, otorrinolaringologista, ginecologia cirúrgica, obstetrícia cirúrgica);
 - c) Diárias de Leitos Complementares Unidade de Terapia Intensiva e progressiva (UTI Adulto Tipo II, UTI Pediátrica Tipo II e **UTINE** neonatal Tipo II);
 - d) Diárias de Leitos Complementares Unidade de Cuidados Intermediários (UCI-Adulto, UCI-Pediátrica e Neonatal - UCINco e UCINca);
- **ENFERMARIAS ADULTO, PEDIÁTRICO e NEONATAL:** Conforme Projeção SUPO/SES-MT, o Hospital disponibilizará o quantitativo de **77** (setenta e sete) leitos de internação, cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde,

A internação do usuário do SUS dar-se-á no limite dos leitos operacionais existentes, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento. O PARCEIRO PRIVADO, na inexistência eventual de leito vago, obriga-se a regular os usuários do SUS por meio do Sistema de Regulação para os demais serviços de saúde da REDE SUS.

● **INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA (ENFERMARIA) de Média e Alta Complexidade**

O Hospital deverá realizar um número de **215 Saídas Hospitalares/Mês**, sendo que, no primeiro ano de operação, com variação de mais (+) ou menos (-) 10%, sendo 2.580 Saídas de internações Clínica Médica anual (Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia), de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, ficando o tempo médio de permanência (paciente-dia) entre 3 a 4 dias, e considerando a Taxa de Ocupação de

85%, classificando as saídas de clínica (de acordo com a classificação do Manual SIHD), pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Quadro 11. Meta de saídas hospitalares em Clínica Médica ADULTO, PEDIÁTRICO e NEONATAL para a **UNIDADE II:** Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I.

Internação (saídas hospitalares)	Meta Mensal	Meta 12 meses
Saídas Clínica Adulto, Pediátrico e Neonatal	215	2.580

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

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

● INTERNAÇÃO EM OBSTETRÍCIA

O hospital deverá realizar um número de **545** Saídas Hospitalares/Mês em Assistência Obstétrica (Clínica Obstétrica) e Cirúrgica Obstétrica, no primeiro ano de operação, com variação de mais (+) ou menos (-) 10%, sendo o quantitativo de **4.944** Saídas de internações Clínica Obstétrica e de **1.596** Saídas de internações Cirúrgica Obstétrica– SUS, e o Tempo Médio de Permanência variando entre 1,3 (Clínica) e 2,3 (Cirúrgica), classificando as saída, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo Sistema Único de Saúde s cirúrgicas em eletivas e de urgência (de acordo com a classificação do Manual SIHD), pelo Sistema Único de Saúde – SUS,

Quadro 12. Meta de saídas hospitalares em Clínica Cirúrgica Obstétrica para a **UNIDADE II:** Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I.

Internação (saídas hospitalares)	Meta Mensal	Meta 12 meses
Saídas em Obstétrica - Clínica Obstétrica	412	4.944
Saídas em Obstétrica - Cirúrgica Obstétrica	133	1.596
TOTAL	545	6.540

Considerando o Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos/Ministério da Saúde do período de Janeiro/2024 a Dezembro/2024, apresentando o quantitativo de 2.627 nascidos vivos na Macrorregião Oeste, de acordo com dados extraídos e acesso ao link <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>, bem como a necessidade de realização dos Partos de Risco Habitual e de Gestação de Alto Risco (GAR), haja vista que dentre os fatores de risco, um dos que têm maior importância é a prematuridade anterior. Vários estudos mostram que o risco de prematuridade é de 10% em média. Caso a mulher tenha um filho de termo, o risco de prematuridade na gestação seguinte é menor: 5% e se ela tiver um pré-termo anterior, o risco aumenta para 15%. Caso a mulher tenha dois prematuros, o risco de prematuridade na terceira gravidez aumenta para 32%. Sendo assim, é fundamental encaminhar toda mulher que tenha um parto pré-termo para uma avaliação interpartal, de acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco (GAR) 2011, disponível no link <https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2019/08/MANUAL-DE-GESTA%C3%87%C3%83O-DE-ALTO-RISCO-2011.pdf>

As saídas hospitalares em clínica cirúrgica (especialidades e obstetrícia) deverá corresponder ao volume de cirurgias de MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE realizadas dentro do período de um ano nas especialidades e quantidades mínimas descritas abaixo:

Volume anual de cirurgias com internação em clínica cirúrgica - por especialidade

- Cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa
- Cirurgia das vias aéreas superiores e do pescoço
- Cirurgia da Esôfago, estômago e duodeno
- Cirurgia de Intestinos , reto e anus

Cirurgia do Pâncreas, baço, fígado e vias biliares

Cirurgia vascular

Cirurgia da Parede e cavidade abdominal

Cirurgia do sistema osteomuscular

Cirurgia do aparelho geniturinário

Cirurgia de Útero e anexos

Cirurgia de Vagina, vulva e períneo

Cirurgia de Mama

Cirurgias relacionadas ao Parto

Outras Cirurgias relacionadas com o estado gestacional

Cirurgia de Parede Torácica

Cirurgias Múltiplas

Procedimentos Cirúrgicos gerais

Total	4.857
--------------	--------------

O volume total de cirurgias é maior do que o de saídas cirúrgicas (especialidades e obstetrícia), considerando a premissa de que o volume cirúrgico supera em torno de 10% com relação às de saídas cirúrgicas.

Os usuários do SUS que passarem por procedimentos cirúrgicos que requeiram permanência hospitalar menor de 12 (doze) horas, incluindo as cirurgias de MENOR COMPLEXIDADE nas especialidades citadas acima, deverão ser acomodadas em leito Hospital-Dia.

II. Cirurgias de Média e Alta Complexidade (UNIDADE II)

A estimativa do volume de saídas cirúrgicas classificadas como eletivas/de urgência está baseada nos percentuais de procedimentos cirúrgicos eletivos (70%) e de procedimentos cirúrgicos de urgência (30%) da produção realizada e informada no SIH – DATASUS, pelo hospital.

O hospital deverá realizar um número de **231** Saídas Hospitalares/Mês em Clínica Cirúrgica Adulto, Pediátrico e Neonatal, minimamente, no primeiro ano de operação, com variação de mais (+) ou menos (-) 10%, sendo 2.136 Saídas de internações Cirurgia Eletiva e 636 Saídas de internações Cirurgia de Urgência/Emergência, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, e o Tempo Médio de Permanência variando em torno de **1,72 e 2,59**, classificando as saídas, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo Sistema Único de Saúde – cirúrgicas em eletivas e de urgência (de acordo com a classificação do Manual SIHD), pelo Sistema Único de Saúde – SUS,

Quadro 13. Meta de saídas hospitalares em Clínica Cirúrgica ADULTO, PEDIÁTRICO e NEONATAL para a **UNIDADE II:** Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I.

Internação (saídas hospitalares)	Meta Mensal	Meta 12 meses
Saídas Cirúrgica Adulto, Pediátrico e Neonatal - Cirúrgica eletivas (70%) e - Cirúrgica Urgência (30%)	231	2.772

Deverá reduzir em 30% a demanda reprimida por procedimentos cirúrgicos, conforme levantamento do Sistema de Regulação *on-line*.

III. Hospital Dia e Cirurgia Ambulatorial (UNIDADE II)

O hospital deverá realizar o quantitativo de **2.820** procedimentos cirúrgicos/Ano na modalidade Hospital-Dia e Cirurgia Ambulatorial, incluindo a oferta aos pacientes EXTERNOS (70%) ao hospital, no primeiro ano de operação, com variação de mais (+) ou menos (-) 10%, considerando a programação de segunda a sexta-feira – 12 horas por dia (22 dias/ mês), considerando os quantitativos por capacidade operacional (3 leitos Hospital/dia, equipe cirurgia).

Quadro 14. Meta modalidade Hospital-Dia e Cirurgia Ambulatorial **UNIDADE II:** Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I.

Hospital-Dia - Cirurgia Ambulatorial	Meta Mensal	Meta 12 meses
Hospital-Dia	235	2.820
Cirurgia Ambulatorial (CMA/cma)		

IV. Atendimento Ambulatorial (UNIDADE II)

• Especialidades Médicas

O volume de consultas de atenção especializada de “**Primeira Vez**” em especialidades médicas disponibilizados (70%) para a rede de referências da Regulação Estadual - Complexo Regulador /SES-MT deve corresponder, no primeiro ano de operação, com variação de mais (+) ou menos (-) 10%, no mínimo, ao volume definido na Quadro abaixo:

Quadro 15. Meta Modalidade Consulta de Atenção Especializada Especialidades Médicas. **UNIDADE II:** Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I

Consultas Médicas	Meta Mensal	Meta 12 meses
Consulta de Atenção Especializada de “Primeira Vez”	816	9.792
Interconsulta	816	9.792
Consulta Subsequente	1.632	19.584
TOTAL	3.264	39.168

Contará minimamente com 21 (vinte e um) especialidades médicas, assumindo assim a maior importância em face ao tratamento de patologias específicas e de ofertar recursos para atender maiores complexidades. Segue no quadro a seguir as especialidades:

Especialidades Médicas		
Anestesiologia		x
Infectologia		x
Cardiologia + Risco cirúrgico		x
Cirurgia Geral		x
Cirurgia Vascular		x
Clínica Médica		x
Endocrinologia		x
Ginecologia e Obstetrícia clínica		x
Ginecologia Cirúrgica		x
Obstetrícia Cirúrgica		x
Cirurgia Pediátrica		x
Nefrologia Adulto		x
Nefrologia Pediátrica		x
Neurocirurgia Pediátrica		x
Neurologia Pediátrica		x
Ortopedia e Traumatologia Pediátrica		x
Pediatria		x
Radiologia/Imagenologia		x
Medicina Intensiva Adulto		x
Medicina Intensiva Pediátrica		x
Medicina Intensiva Neonatal		x

• Especialidades Não Médicas

O volume de primeiras consultas em especialidades não médicas disponibilizadas deve corresponder, no primeiro ano de operação, com variação de mais (+) ou menos (-) 10%, no mínimo, ao volume definido na tabelas abaixo:

Quadro 16. Meta modalidade Consulta de Atenção Especializada Não Médicas. **UNIDADE II:** Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I.

Consultas Médicas	Meta Mensal	Meta 12 meses
Consulta de Atenção Especializada Não Médicas (Rede)	864	10.368
Interconsulta	448	5.376
Consulta Subsequente	416	4.992
TOTAL	1.728	20.736

Especialidades Não Médicas

Enfermagem	x
Psicologia Pediátrica	x
Psicologia	x
Nutrição	x
Assistente Social	x
Fonoaudiologia	x
Fisioterapia -Reabilitação	x
Odontologia Pediátrica	x
Odontologia	x

V. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) EXTERNO (UNIDADE II)

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

Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção, no entanto deverão ser informados à SES/MT para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

Oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade de **10.603** exames ao mês, no primeiro ano de operação, com variação de mais (+) ou menos (-) 10%, a pacientes EXTERNOS (70%) ao hospital, obedecendo ao fluxo estabelecido pela Regulação Estadual da Secretaria de Estado de Saúde - Complexo Regulador /SES-MT, nas quantidades especificadas no Quadro abaixo:

Quadro 17. Meta Serviços do SADT. **UNIDADE II:** Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I.

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO / FINALIDADE DIAGNÓSTICA	Meta Física/Mês	Meta Física/ Total ano
DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO (incluindo diagnóstico por teste rápido)	6.722	80.664
Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia / COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO/BÍOPSIA /	94	1.128
DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA (Broncoscopia (Broncofibroscopia) / Colangiopancreatografia retrógrada (via endoscópica) / Cistoscopia e/ou Uretroscopia e/ou Uretroscopia/ Esofagogastroduodenoscopia (EDA) / Colonoscopia (Coloscopia) / Retossigmoidoscopia)	264	3.168
DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC)	364	4.368
DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral / RM do torax e membros superiores / RM do abdomen, pelve e membros inferiores)	968	11.616
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA / EXAMES RADIOLÓGICOS	528	6.336
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRRAFIA E ECO Conv. / Doppler Colorido (com ou sem doppler) / Ultra-sonografias dos demais sistemas)	792	9.504

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES - Diagnóstico em ginecologia-obstetrícia	871	10.452
TOTAL	10.603	127.236

Os exames do serviço de apoio diagnóstico e terapêutico- SADT, elencados estão subdivididos de acordo com a classificação para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e conforme Tabela SIGTAP/SES <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

Os exames internos não compõem meta própria, pois já são previstos em outros serviços pactuados: internações hospitalares e cirurgias, isso porque a internação deve contemplar todas as necessidades do cliente/ Usuário do SUS;

A cada 3 (três) meses o Complexo Regulador Estadual /SES-MT encaminhará para Unidade a demanda reprimida de SADTs para oferta de vagas, podendo haver alteração no quantitativo a ser realizado conforme a necessidade da SES-MT, sem que, entretanto, ultrapasse o total de exames a serem disponibilizados e realizados no mês.

VI. Serviço de Urgência/Emergência (UNIDADE II)

O PARCEIRO PRIVADO deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento 24 horas por dia, ininterruptamente, atendendo todos os casos "Porta Aberta" para Gestantes, Assistência à linha de cuidado Materno-Infantil e as vítimas Mulher e Criança de acidentes/traumas/causas externas acolhidas trazidas pelo Serviço Móvel Pré-hospitalar de Resgate do Corpo de Bombeiros/193, Polícia Militar e Rodoviária Federal, referenciados ou encaminhados de forma regulada, advindas da Central de Regulação Estadual /SES-MT.

Quadro 18. Meta Serviço de Atendimento às Urgências **UNIDADE II:** Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I.

Urgência / Emergência	Meta Mensal	Meta 12 meses
Atendimento de urgência em atenção especializada	993	11.916
Atendimento de urgência c/ observação até 24 horas em atenção especializada		

Deverá reduzir o tempo de espera para atendimento emergencial para menos de 30 minutos, garantindo resposta rápida a casos críticos.

VII. Projetos, Programas Especiais e Novas Especialidades de Atendimento (UNIDADE II)

Ao longo da vigência do contrato, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de serviço auxiliar de diagnóstico e terapia, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela Secretaria de Estado de Saúde-SES/MT, após análise técnica e pactuação regional, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e acrescida ao Contrato de Gestão através de Termo Aditivo, como:

- Implantação/ implementação do Serviço de Assistência Ambulatorial de Atenção Especializada da Saúde da Mulher e da Criança**, fundamentado na linha de cuidado materno-infantil, essencial para garantir um atendimento integral e de qualidade, visando organizar e coordenar ações que abrangem desde o pré-natal até o acompanhamento do desenvolvimento infantil, assegurando a saúde e o bem-estar de mães e filhos, alinhada às diretrizes nacionais e às políticas de saúde vigentes, contribuirá significativamente para a redução da morbimortalidade materna e infantil, promovendo uma atenção integral e humanizada à saúde da mulher e da criança.
- Implantação/ implementação do Ambulatório da Estratégia do *Follow-up* específico para o seguimento/ acompanhamento de bebês de risco**, crucial para oferecer acolhimento, humanização e cuidados especializados. Serviço destinado a recém-nascidos que apresentarem condições como prematuridade, baixo peso ao nascer e/ou complicações neonatais que exigem monitoramento contínuo.
- Implantação/ Implementação do Serviço de Banco de Leite Humano (BLH)**, atendendo minimamente os requisitos estabelecidos pela Resolução-RDC ANVISA nº 171, de 4 de setembro de 2006, que define os critérios para instalação e funcionamento de Bancos de Leite Humano e Postos de Coleta de Leite Humano.

Considerando a implementação do serviço como fundamental para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, especialmente para recém-nascidos prematuros e/ou com condições clínicas que exigem cuidados intensivos, visando a oferta de leite humano seguro e de qualidade, contribuindo significativamente para a redução da morbimortalidade neonatal e para a recuperação mais rápida dos neonatos de alto risco.

VIII. Adequação Estrutural (UNIDADE II)

O PARCEIRO PRIVADO terá o período de até 6 (seis) meses após início da vigência do contrato para adequar as seguintes estruturas:

a) SALAS DE CIRURGIAS AMBULATORIAIS e PRONTO ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICA E NEONATAL

A **UNIDADE II** deverá conter, em até 3 (três) meses após início da vigência deste contrato:

- Salas equipadas para a realização de pequenos procedimentos que requeiram cuidados pós-operatórios de curta duração, não necessitando internação hospitalar, as Cirurgias Maiores Ambulatoriais (CMA).
- Pronto atendimento para realizar procedimentos de urgência e emergência pediátricas e neonatal.

b) ENFERMARIAS

- As Enfermarias que contiverem mais de 6 (seis) leitos por quarto deverão ser reorganizadas a fim de garantir a privacidade e a segurança do usuário do SUS em até 6 (seis) meses após início da vigência deste contrato. Cada enfermaria deverá ter no máximo 6 (seis) leitos por quarto e deverão ser cumpridas as demais disposições contidas na Resolução RDC ANVISA nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

ANEXO B DO PLANO DE TRABALHO

SISTEMA DE PAGAMENTO

Com a finalidade de definir as regras e cronograma voltados ao pagamento dos serviços, foram estabelecidos alguns princípios e procedimentos a seguir.

1. SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

1.1. A atividade assistencial a ser contratada seguirá as especificações e quantidades detalhadas no **ANEXO A do Plano de Trabalho - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE AÇÕES E SERVIÇOS / ATIVIDADES ASSISTENCIAIS**.

1.2. Foram considerados os seguintes serviços para definição da produção estimada para a **UNIDADE I:** Hospital Regional Dr Antônio Fontes CNES 2534460:

a) Internação:

- Saídas Hospitalares - Clínicas/especialidades;
- Saídas Hospitalares - Cirúrgicas/especialidades;

b) Diárias de Leitos Complementares (UTI);

c) Diárias de Leito Complementar de Unidade de Cuidados Intermediário (UCI)

d) Hospital Dia - Cirurgia Ambulatorial

e) Atendimento Ambulatorial - Especialidades Médicas,

f) Atendimento Ambulatorial - Especialidades Não Médicas;

g) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo;

h) Serviço de Atendimento de Urgência/Emergência;

i) Assistência em Atenção Médico Domiciliar e Cuidados Paliativos;

j) Demais ações e serviços.

1.3. Foram considerados os seguintes serviços para definição da produção estimada para o **UNIDADE II:** Hospital Regional Dr Antonio Fontes ANEXO I, sob Gestão Estadual inscrito no CNES 2395037,

a) Internação:

- Saídas Hospitalares de Clínicas Obstétricas;
- Saídas Hospitalares de Cirurgias Obstétricas;
- Saídas Hospitalares de Clínicas Neonatologia;
- Saídas Hospitalares de Clínicas Ginecologia;
- Saídas Hospitalares de Cirurgias Ginecológicas;
- Saídas Hospitalares de Clínicas Pediátricas;
- Saídas Hospitalares de Cirurgias Pediátricas;
- Saídas Hospitalares de Clínicas Ortop. / Neuro Pediátricas;
- Saídas Hospitalares de Cirurgias Ortop. / Neuro Pediátricas;
- Saídas Hospitalares de Cirurgia Geral;

b) Diárias de Leito Complementar (UTI Adulto, Pediátrica, Neonatal);

c) Diárias de Leito Complementar de Unidade de Cuidado Intermediário (UCI Adulto, Pediátrica, UCINco, UCINca);

d) Hospital Dia - Cirurgia Ambulatorial

e) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas, e Consultas Não Médicas (Multiprofissionais na Atenção Especializada): consultas médicas e multiprofissionais em ambulatórios relacionados ao Cuidado Materno-Infantil, assistência à Mulher e a Criança, acompanhamento Pré-Natal de Alto Risco e complicações relacionados ao puerpério;

f) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) EXTERNO;

g) Assistência em Atenção Médico Domiciliar e Cuidados Paliativos;

h) Serviço de Atendimento de Urgência/Emergência.

- 1.4.** O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento dos **internos** não irá compor a Linha de Serviços para efeito de cumprimento de metas, porém o PARCEIRO PRIVADO deverá ofertar/disponibilizar esses serviços conforme necessidade e gravidade do usuário do SUS e apresentar mensalmente a produção realizada dentro do faturamento de internação hospitalar;
- 1.5.** As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários do SUS nas Unidades hospitalares sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO.
- 1.6.** Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras ações e serviços/ atividades assistenciais, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado de Saúde-SES/MT, considerando o **ANEXO A do Plano de Trabalho - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE AÇÕES E SERVIÇOS / ATIVIDADES ASSISTENCIAIS.**

2. PROJETOS, PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

- 2.1.** O PARCEIRO PRIVADO poderá, a qualquer momento, apresentar propostas para a melhoria e/ou ampliação dos serviços assistenciais, bem como para a estruturação física das Unidades I e II. As propostas devem incluir um cronograma de implementação, um orçamento econômico-financeiro detalhado e demais documentos pertinentes, em conformidade com as normas da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT). Caso aprovadas, as propostas serão formalizadas por meio de um Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.
- 2.2.** No caso da introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, ou da implementação de programas especiais voltados a patologias específicas, será necessária uma análise prévia, seguida de pactuação e autorização pela SES/MT, conforme os trâmites exigidos para a formalização do Termo Aditivo.
- 2.3.** Para qualquer projeto de estruturação física das unidades, o PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar justificativas técnicas, projetos arquitetônicos e complementares (quando aplicável), no mínimo três orçamentos e um cronograma de execução. Após a validação e autorização pela SES/MT, os procedimentos necessários para o Termo Aditivo serão seguidos.
- 2.4.** Com a formalização do Termo Aditivo, os recursos destinados à adequação da estrutura física e aquisição de equipamentos serão repassados ao PARCEIRO PRIVADO, a título de investimento.
- 2.5.** Os valores referentes a esses investimentos serão definidos por meio de um procedimento específico, no qual serão detalhadas as necessidades, emitido um parecer técnico, verificada a compatibilidade dos preços praticados no mercado e estabelecidos o valor total e o cronograma de pagamento, sempre considerando a disponibilidade orçamentária e financeira do Fundo Estadual de Saúde (FES/SES-MT).
- 2.6.** Caso a ampliação da estrutura física, atualmente em andamento, seja concluída durante a vigência do contrato de gestão, a SES/MT revisará as metas correspondentes à ampliação do serviço, bem como o custeio estimado para a operacionalização das Unidades Hospitalares (UNIDADE I e UNIDADE II) pelo PARCEIRO PRIVADO, conforme especificado no **ANEXO A do Plano de Trabalho - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE AÇÕES E SERVIÇOS / ATIVIDADES ASSISTENCIAIS.**

3. METODOLOGIA DE PAGAMENTO

- 3.1.** Com base na metodologia aplicada e nos cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o custo mensal estimado para a operacionalização das duas unidades hospitalares (**UNIDADE I e UNIDADE II**) é de **R\$21.648.566,48** (vinte e um milhões seiscentos e quarenta e oito mil quinhentos e sessenta e seis reais e quarenta e oito centavos), incluindo recursos humanos (efetivos e contratados). Desse total, **R\$3.065.660,31** (três milhões sessenta e cinco mil seiscentos e sessenta reais e trinta e um centavos) correspondem às despesas com recursos humanos (servidores efetivos do Estado) das unidades hospitalares, que serão cedidos ao PARCEIRO PRIVADO e, portanto, não serão considerados no valor mensal estimado (teto) para o custeio das despesas das unidades.

- 3.2. O **valor mensal estimado (teto) para o custeio das despesas das unidades**, referentes à execução das ações e serviços de saúde e atividades assistenciais, é de **R\$18.582.906,17** (dezoito milhões, quinhentos e oitenta e dois mil, novecentos e seis reais e dezessete centavos), ao longo de um período de 36 (trinta e seis) meses de vigência contratual, podendo variar a **menor** de acordo com a proposta apresentada pelo parceiro privado selecionado.
- 3.3. Do **valor mensal estimado (teto)**, **90% (noventa por cento)** corresponde ao **CUSTEIO FIXO** no valor de **R\$16.724.615,55** (dezesseis milhões, setecentos e vinte e quatro mil, seiscentos e quinze reais e cinquenta e cinco centavos) a ser pago mensalmente para fins de custeio dos serviços das unidades hospitalares;
- 3.4. Do **valor mensal estimado (teto)**, **10% (dez por cento)** corresponde ao **CUSTEIO VARIÁVEL** no valor de **R\$ 1.858.290,62** (um milhão, oitocentos e cinquenta e oito mil, duzentos e noventa reais e sessenta e dois centavos). Sobre este valor será procedida **trimestralmente** a avaliação dos Indicadores de Desempenho e Qualidade contratados dos três meses anteriores, que serão calculados, conforme detalhado no ANEXO II - PLANO DE TRABALHO e de acordo com o nível de cumprimento dos indicadores pela CONTRATADA serão aplicados os ajustes financeiros nos **três meses subsequentes à avaliação**.
- 3.5. Para atender às despesas de investimento que surgirem ao longo da execução contratual, será destinado um recurso de **investimento fixo** equivalente a **3% do valor de custeio fixo**, no valor estimado de **R\$501.738,47** (quinhentos e um mil setecentos e trinta e oito reais e quarenta e sete centavos), a ser repassado mensalmente à CONTRATADA de forma adicional ao montante destinado ao custeio. A utilização desse montante será estritamente vinculada a despesas classificadas como investimento, conforme as diretrizes do Manual Técnico de Planejamento e Orçamento de Mato Grosso, incluindo a aquisição de equipamentos para substituição, pequenas adequações e aquisições de materiais ou equipamentos enquadrados no elemento de despesa de investimento, sempre que necessários para garantir a continuidade dos serviços prestados aos pacientes. A aplicação desses recursos dependerá da comprovação da necessidade e da prévia autorização da SES/MT, sendo vedada sua utilização para qualquer outra finalidade.
- 3.6. Os valores mencionados deverão ser ajustados no contrato conforme a proposta apresentada pelo parceiro privado selecionado. O valor mensal estimado (teto) serve apenas como referência máxima, permitindo que a proposta do parceiro privado seja inferior a esse limite.

4. CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

- 4.1. Os recursos correspondentes ao **custeio fixo** e ao **investimento fixo** serão repassados **mensalmente**, conforme cronograma de pagamento da SEFAZ vigente.
- 4.2. Os recursos financeiros correspondentes aos **três primeiros** meses serão repassados integralmente, incluindo a **parte fixa (90%) e a parte variável (10%)**. Durante esse **período de transição da gestão própria estadual para a gestão do parceiro privado**, não haverá aplicação de ajustes financeiros decorrentes da apuração e avaliação dos indicadores de desempenho e qualidade.
- 4.3. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelo pagamento dos serviços de água, energia elétrica e telefonia das unidades hospitalares sob sua gestão, custos que já estão contemplados no valor de custeio dessas unidades.
- 4.4. Quaisquer custos de serviços ou aquisições de responsabilidade do parceiro privado que forem custeados pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT), especialmente durante o período de transição, serão deduzidos do valor a ser repassado ao parceiro privado, conforme for estabelecido entre as partes.

5. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE (10% do valor de custeio estimado)

- 5.1. As metas percentuais propostas pelo parceiro privado selecionado, conforme os requisitos mínimos estabelecidos no **ANEXO C do Plano de Trabalho – INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE** serão utilizadas para calcular o valor variável a ser pago, de acordo com a valoração de cada indicador.

- 5.2. Cada Indicador de Desempenho e Qualidade terá sua performance avaliada por meio do cálculo do PCM – Percentual de Cumprimento de Meta, conforme a seguinte fórmula de cálculo de desempenho:

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

Onde:

P_{CM} = Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A = Valor Atingido;

V_M = Valor da Meta.

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

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

TABELA I - PONTUAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE

Percentual de execução da meta estabelecida	Nota de desempenho
= ou > 100%	10
De 90,00% até 99,99%	9
De 80,00% até 89,99%	8
De 70,00% até 79,99%	7
De 60,00% até 69,99%	6
De 50,00% até 59,99%	5
De 40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

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

$$\frac{\sum (\text{Nota de desempenho de cada indicador})}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

- 5.5. O montante financeiro referente a apuração dos indicadores de desempenho e qualidade será calculado com base na pontuação global das metas alcançadas pelo parceiro privado, conforme os percentuais descritos a seguir:

TABELA II - PERCENTUAL DE PAGAMENTO - INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE

Pontuação global das metas de desempenho	Percentual para cálculo de pagamento
10 pontos	100%
9 a 9,9 pontos	90%
8 a 8,9 pontos	80%
7 a 7,9 pontos	70%
6 a 6,9 pontos	60%
Menor que 6 pontos	ZERO

- 5.6. Após a definição do percentual para o cálculo do pagamento, aplica-se a seguinte fórmula para determinar o valor correspondente à **parte variável (10%)**:

$$\text{Percentual apurado} \times \text{valor mensal estimado (10\% contratado)}$$

- 5.7. As informações relativas aos indicadores de desempenho e qualidade devem ser disponibilizadas à SES/MT pelo parceiro privado, por meio de software de gestão da qualidade em tempo real para fins de acompanhamento e monitoramento. Caso o parceiro privado não cumpra com a disponibilização e

transparência destas informações poderá ensejar redução da pontuação global das metas de desempenho final de 0,5 ponto se descumprir parcialmente e de 1 ponto se descumprir totalmente.

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- 6.1. Os três primeiros meses de execução pelo parceiro privado serão considerados dentro do período de transição entre a gestão própria estadual para a gestão do parceiro privado e não incidirão as avaliações dos indicadores de desempenho e qualidade para fins de análise quanto à ajustes financeiros, sendo estes meses restritos ao acompanhamento e à construção de uma série histórica.
- 6.2. O monitoramento dos serviços será realizado pela Secretaria de Estado da Saúde- SES/MT por meio do Gestor do Contrato, Comissão de Fiscalização e da Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação do contrato de gestão/SES-MT.
- 6.3. O parceiro privado deverá disponibilizar um espaço físico adequado em uma das unidades hospitalares (Unidade I ou Unidade II), equipado com mobiliário e equipamentos, para a Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação da SES/MT, com capacidade mínima para 08 (oito) profissionais. Dentre esses, 03 (três) profissionais deverão ser contratados pelo parceiro privado, nas áreas de enfermagem e medicina, para integrar a Comissão em conjunto com os servidores públicos da SES/MT.
- 6.4. Para assegurar o devido acompanhamento e monitoramento do Contrato de Gestão, bem como o cumprimento das atividades estabelecidas, o parceiro privado deverá encaminhar **mensalmente** à equipe da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MT) a documentação referente às atividades assistenciais realizadas pelas unidades hospitalares, conforme o cronograma definido, independentemente da disponibilização de um software de gestão de qualidade em tempo real.
- 6.5. As informações de atendimentos assistenciais deverão ser registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares (Oficiais do Ministério da Saúde), de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde- SES/MT.
- 6.6. A documentação supramencionada deverá ser enviada pelo parceiro privado de forma oficial até o dia **10 (dez) de cada mês** à Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação da SES-MT, em conformidade com as normas e prazos por ela estabelecidos. Os documentos devem abranger a produção assistencial, indicadores de desempenho e qualidade, movimentação de recursos financeiros, custos hospitalares, andamento das comissões e demais informações pertinentes ao contrato.
- 6.7. O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à Secretaria de Estado de Saúde- SES/MT toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada, conforme segue:
 - a) Relatórios Contábeis e financeiros;
 - b) Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho;
 - c) Relatório de Custos;
 - d) Dentre outros, a serem definidos conforme o tipo de serviço e/ou ação executada e informado pelas Comissões correspondentes.
- 6.8. A equipe da SES/MT, por meio do Gestor e Comissões do Contrato, procederá a análise dos documentos enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para apuração dos valores a serem pagos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.
- 6.9. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão/SES-MT coordenará as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho e qualidade.
- 6.10. A cada **três meses, a partir do término do 6º (sexto) mês** de contrato, considerando que os três primeiros meses serão de transição da gestão das unidades, a SES/MT, por meio do gestor e das comissões do contrato, realizará a análise das atividades assistenciais executadas pela CONTRATADA e essa análise incluirá a verificação de eventuais desvios em relação às metas de produção (quantitativo) previstas neste contrato, referente ao **trimestre anterior**. Tal análise poderá resultar no ajuste das metas, com acréscimos

ou reduções, por meio de termo aditivo, além de ajustes financeiros que serão aplicados nos **três meses subsequentes**.

- 6.11.** No mesmo período, será realizada a avaliação dos indicadores de desempenho e qualidade apurados no trimestre anterior, com o objetivo de identificar e corrigir possíveis desvios junto ao PARCEIRO PRIVADO, assegurando a qualidade assistencial.
- 6.12.** Se for indicada a aplicação de qualquer desconto financeiro, o PARCEIRO PRIVADO será notificado, garantindo-lhe o direito constitucional à ampla defesa e ao contraditório. Caso haja necessidade de ajuste financeiro, o desconto ou acréscimo será efetuado na competência subsequente, devidamente acompanhado das justificativas pertinentes.
- 6.13.** O parceiro privado deverá realizar a apuração dos indicadores de produção com base nas metas estabelecidas em contrato, garantindo a proporcionalidade definida na **Tabela I**.

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (QUANTITATIVO) POR TIPO DE ATIVIDADE EM RELAÇÃO ÀS METAS ESTIMADAS

INDICADORES DE PRODUÇÃO - ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	(%)	Variação máxima 10% (%)
Saída Hospitalar em Clínica Médica	21	2,1
Saída Hospitalar em Clínica Cirúrgica	41	4,1
Hospital-Dia e Cirurgia Ambulatorial	5	0,5
Serviço de Atenção às Urgências	2	0,2
Ambulatório Especialidades Médicas	7,5	0,75
Ambulatório Especialidades Não Médicas	2,5	0,25
SADT Externo	21	2,1
TOTAL	100%	

- 6.14.** O desempenho dos indicadores de produção será monitorado pela SES/MT e deverá permanecer **acima de 80% em cada atividade assistencial**. O cálculo do desempenho seguirá os critérios estabelecidos na **Tabela II**.

TABELA II – INDICADORES DE PRODUÇÃO POR MODALIDADE DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

ATIVIDADE ASSISTENCIAL	PRODUÇÃO ESPERADA EM CADA ATIVIDADE ASSISTENCIAL	1) CÁLCULO PERCENTUAL DE PRODUÇÃO PARA CADA ATIVIDADE ASSISTENCIAL	2) CÁLCULO PERCENTUAL DE PRODUÇÃO EM RELAÇÃO À DISTRIBUIÇÃO POR TIPO DE ATIVIDADE (TABELA I) - POR CADA ATIVIDADE ASSISTENCIAL
Saída Hospitalar em Clínica Médica			
Saída Hospitalar em Clínica Cirúrgica	1) Acima de 80% do volume contratado até o limite de 110%	1)	2)
Hospital Dia e Cirurgia Ambulatorial		Produção Executada	% de Produção X % de
Serviço de Atenção às Urgências	2) Percentual de distribuição por tipo de Atividade (Tabela I), com variação máxima de até 10% do percentual estabelecido para baixo ou para cima	(Produção realizada no mês - quantidade) ÷ Produção contratada (Meta estabelecida - quantidade) X 100 = % de Produção	Distribuição Tipo de Atividade (Tabela I) = % de Produção proporcional por tipo Atividade
Ambulatório de especialidades médicas			
Ambulatório de especialidades não Médicas			
SADT Externo			

- 6.15.** Se o parceiro privado apresentar por três meses consecutivos **ou** por cinco meses alternados (dentro dos últimos 12 meses avaliados), um **desempenho inferior a 80%** ou superior a **110%** no cumprimento das **metas de produção**, a SES/MT avaliará a necessidade de ajustes por meio de Termo Aditivo.

- 6.16.** Em caso de descumprimento das metas de produção ou dos indicadores de desempenho e qualidade, o parceiro privado será notificado. Se houver reincidência, comprometendo a prestação das atividades assistenciais nas unidades hospitalares e a qualidade dos serviços, poderão ser aplicadas sanções administrativas, incluindo a rescisão contratual.

ANEXO C DO PLANO DE TRABALHO

INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE

Os indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão, ao desempenho das unidades **UNIDADE I: Hospital Regional Dr Antônio Fontes** e **UNIDADE II: Hospital Regional Dr Antônio Fontes ANEXO I**, e à qualidade dos serviços prestados.

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

À medida que o tempo avança, novos indicadores podem ser incorporados anualmente. O cumprimento de determinados indicadores ao longo de um período específico torna-se um pré-requisito para a avaliação de indicadores mais complexos. Assim, os indicadores que servem de base para os demais continuam sendo monitorados e avaliados.

Estabeleceram-se, a seguir, os indicadores mínimos que deverão ser considerados pelo parceiro privado na elaboração de sua proposta de monitoramento e avaliação dos serviços assistenciais das unidades hospitalares. Tais indicadores têm caráter apenas referencial para a proposta. **Os indicadores sugeridos pelo parceiro privado e aprovados pela SES/MT serão incorporados ao Contrato de Gestão**, servindo como base para a apuração e avaliação dos indicadores de desempenho e qualidade das unidades durante a vigência do contrato.

O parceiro privado deverá disponibilizar à SES/MT software de gestão de qualidade em tempo real para o acompanhamento e monitoramento de todos os indicadores de desempenho e qualidade por ele propostos.

1. CATEGORIAS DE INDICADORES

Os indicadores de desempenho e qualidade que subsidiarão a avaliação das metas qualitativas estão agrupados nas seguintes categorias:

- A. Desempenho na Qualidade da Informação;
- B. Desempenho na Regulação de Acesso;
- C. Desempenho na área de Humanização e Cuidados Paliativos;
- D. Desempenho no Controle de Infecção Hospitalar - CCIH;
- E. Desempenho na área de Segurança do Paciente;
- F. Desempenho na área da Qualidade das Atividades Cirúrgicas;
- G. Desempenho na área de Atenção ao usuário do SUS;
- H. Desempenho na área de Eficiência Operacional;
- I. Desempenho na área de Qualidade Assistencial;
- J. Desempenho na área de Assistência Obstétrica.

2. INDICADORES E METODOLOGIA DE CÁLCULO DAS METAS QUALITATIVAS

A. DESEMPENHO NA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

O desempenho na qualidade da informação poderá ser avaliado por meio dos seguintes indicadores:

I. Percentual de AIH referente às saídas hospitalares

Objetivo: avaliar a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar (saídas).

Conceituação / Cálculo: Apresentação da totalidade (100%) das AIH referentes às saídas em cada mês de competência.

II. Percentual de registros de CEP correspondentes ao endereço

Objetivo: conhecer a localidade de residência do usuário do SUS para avaliar a adequada inserção regional do hospital, por meio da caracterização da origem da demanda.

Conceituação / Cálculo: registros de CEP correspondentes ao endereço/ registros totais de CEP x 100. A unidade de medida é em %.

B. DESEMPENHO NA REGULAÇÃO DE ACESSO

O desempenho na regulação de acesso poderá ser avaliado por meio dos seguintes indicadores:

I. Tempo de resposta do NIR às solicitações de vagas

Objetivo: avaliar a resposta da unidade em até 60 minutos após solicitação da central de regulação, bem como otimização do recurso e impedir o agravo do paciente.

Conceituação / Cálculo: número de solicitações respondidas (com aceite ou recusa) dentro do prazo estabelecido, no período / total de solicitações no mesmo período x 100. A unidade de medida é em %.

II. Comparativo do contratado x ofertado

Objetivo: avaliar o desempenho dos serviços contratados e ofertados aos usuários do SUS.

Conceituação / Cálculo: O Indicador deverá ser calculado separadamente para vagas de consultas médicas especializadas, exames e procedimentos, respectivamente, por meio da seguinte fórmula: volume de vagas ofertado/ volume de vagas contratado x 100. A unidade de medida é em %.

C. DESEMPENHO NA ÁREA DE HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS

O desempenho da comissão de humanização e cuidados paliativos será acompanhado avaliando:

- Formação e continuidade de grupos de humanização em sua capacidade de promover diálogos e propostas que permitam melhorias nos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde, legitimadas por gestores e trabalhadores;
- Formulação e acompanhamento do Plano Institucional de Humanização (PIH);
- Formação e continuidade de equipe multiprofissional especializada em Cuidados Paliativos;

Objetivo: Monitorar e avaliar a implantação de processos humanizados e de cuidados paliativos e o desempenho das comissões correlatas.

D. DESEMPENHO NO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

O desempenho no controle de infecção hospitalar poderá ser avaliado por meio dos seguintes indicadores:

I. Taxa de Infecção Hospitalar – TIH

Objetivo: acompanhar as taxas de infecção hospitalar e avaliar a qualidade da assistência.

Conceituação / Cálculo: É a relação percentual entre o número de episódios de infecções hospitalares e o número de saídas no período. O número de episódios de infecção hospitalar é o número total de infecção adquirida após 72h da admissão do usuário do SUS na Unidade hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta. Um mesmo paciente pode apresentar um ou mais episódios de infecção hospitalar.

II. Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto

Objetivo: acompanhar as taxas de infecção hospitalar e avaliar a qualidade da assistência.

Conceituação / Cálculo: É a relação percentual entre o número de episódios de infecções hospitalares na UTI no mês, dividido pelo número de paciente-dia na UTI no mês, multiplicado por 1000.

- Número de episódios de infecções hospitalares na UTI: É o número total de infecções adquiridas após 72 horas da admissão do paciente na UTI e que se manifesta durante a internação ou após a alta;

- Número de pacientes-dia: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar, onde será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.

III. Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea-ICS associada à Cateter Venoso Central-CVC em UTI Adulto

Objetivo: Visa acompanhar a ocorrência de infecção primária da Corrente Sanguínea na UTI Adulto, por utilização de Cateter Venoso Central,

Conceituação / Cálculo: é a relação entre o número de episódios de infecções primária em corrente sanguínea no mês, dividido pelo número de paciente-dia com cateter venoso central no mês, multiplicado por 1000.

- Número de episódio de infecção primária de corrente sanguínea: É o número de infecções de corrente sanguínea adquirida após 48h da retirada do CVC na UTI adulto;
- Número de paciente-dia com cateter venoso central: É o total dos dias de uso de Cateter Venoso Central por paciente no mês;
- Deve ser registrado diariamente o número de CVC nos pacientes na UTI, caso o paciente possua mais de um CVC, deverá ser contado apenas uma vez.

IV. Densidade de Incidência (DI) de Pneumonias (Pnm) associada à Ventilação Mecânica (VM) em UTI adulta

Conceituação / Cálculo: Caracteriza-se pelo número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em unidades de terapias intensivas (UTI), dividido pelo número de pacientes em ventilação mecânica (VM)-dia, multiplicado por 1000. Infecção diagnosticada após 48h de ventilação mecânica até a sua suspensão.

- Ventilador mecânico - é definido como o dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal;
- Pneumonia decorrente de aspiração maciça durante a intubação na sala de emergência - deve ser considerada como pneumonia relacionada à assistência à saúde.

V. Densidade de Incidência (DI) de Infecções no Trato Urinário (ITU) associada à Sonda Vesical de Demora (SVD) em UTI adulto

Conceituação / Cálculo: Caracteriza-se pelo número de episódios de ITU sintomática relacionada a cateter vesical de demora (CV) em pacientes internados na UTI adulta, dividido pelo número de cateter vesical-dia, multiplicado por 1.000.

VI. Taxa de Revisão de Prontuários de Pacientes com Infecção Hospitalar

Conceituação / Cálculo: Caracteriza-se pelo total de prontuários revisados pela CCIH de pacientes com infecção hospitalar, dividido pelo total de prontuários de pacientes com infecção, multiplicado por 100.

Obs.: As infecções primárias da corrente sanguínea incluem as infecções confirmadas laboratorialmente e as sepse clínicas;

E. DESEMPENHO NA QUALIDADE DAS ATIVIDADES CIRÚRGICAS

O desempenho na qualidade das atividades cirúrgicas poderá ser avaliado por meio dos seguintes indicadores:

I. Reintervenção cirúrgicas não programadas dentro de 30 dias

Conceituação / Cálculo: Número de pacientes que realizaram cirurgia e foram submetidos a reoperação não esperada após a cirurgia primária dentro de 30 dias / Número total de pacientes submetidos a cirurgia no período X 100.

II. Taxa de Mortalidade Operatória TMO

Objetivo: monitorar e acompanhar o desempenho assistencial na área de cirurgia, os totais de óbitos ocorridos durante ou pós-operatório até 07 (sete) dias estratificados por Classes (de 1 a 5) da Classificação da *American Society of Anesthesiology* do *Average Score of Anesthesiology* (ASA).

Conceituação / Cálculo: TMO é a relação percentual entre número de óbitos operatórios e o número de cirurgias realizadas em determinado período classificados por ASA no mês, multiplicado por 100.

- Número de óbitos operatórios: É o número total de óbitos ocorridos no mês, durante o ato cirúrgico ou pós-operatório até 07 (sete) dias, inclusive em cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambientes cirúrgicos;
- Número de cirurgias realizadas: Apresentar relatório com o número total de cirurgias do mês efetuadas em ambiente cirúrgico (Centro Cirúrgico e Unidade de Cirurgia Ambulatorial);
- Não incluir procedimentos cirúrgicos realizados no serviço de urgência/emergência, unidade de terapia intensiva ou no Consultório;

F. DESEMPENHO NA ÁREA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O desempenho na área de segurança do paciente poderá ser avaliado por meio dos seguintes indicadores:

I. Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente

Objetivo: Identificação correta do paciente, processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado a determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar.

Conceituação / Cálculo: Utilizar no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente e/ou data de nascimento do paciente e número de prontuário do paciente.

Erros de identificação do paciente consiste na troca de dígitos no número do registro hospitalar, o uso de etiquetas erradas ou com dados incorretos, incompletos, ilegíveis e troca de indivíduos

Indicador: Número total de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.

II. Taxa de erros no uso de Medicamentos

Conceituação / Cálculo: Erro na medicação é qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamento quando o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, de paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar danos ao paciente. Os erros de medicação podem ser relacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos.

a) Taxa de Erros na Prescrição de Medicamentos

Conceituação / Cálculo: nº medicamentos prescritos com erro / nº total de medicamentos prescritos x 100. Meta:

b) Taxa de Erros na Dispensação de Medicamentos

Conceituação / Cálculo: nº medicamentos dispensados com erro / nº total de medicamentos dispensados x 100.

c) Taxa de Erros na Administração de Medicamentos

Conceituação / Cálculo: nº medicamentos administrados com erro / nº total de medicamentos administrados x 100.

III. Taxa de Adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura

Objetivo: assegurar a realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto.

Conceituação / Cálculo: A Lista de Verificação para Segurança Cirúrgica da Organização Mundial de Saúde – OMS deve ser utilizada, por meio do trabalho de equipe entre as disciplinas médicas e multiprofissionais, para comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos associados a cada procedimento cirúrgico.

O indicador que avalia a adesão a este método corresponde ao número de procedimentos cirúrgicos em que a Lista de Verificação de Cirurgia Segura foi utilizada pela equipe cirúrgica / dividido pelo número de procedimentos cirúrgicos realizados X 100.

IV. Incidência de quedas

Conceituação / Cálculo: Relação entre o número de incidência de queda de paciente e o número de pacientes/dia, multiplicado por 1000. Meta: Menor que a linha de base.

V. Incidência de lesão por pressão (LPP)

Conceituação / Cálculo: Número de casos novos de pacientes com lesão em um determinado período / dividido pelo número de pessoas expostas ao risco de adquirir lesão no período X 100.

G. DESEMPENHO NA ÁREA DE ATENÇÃO AO USUÁRIO

O desempenho na área de atenção ao usuário do SUS poderá ser avaliado por meio dos seguintes indicadores:

I. Percentual de resolução de queixas do usuário

Conceituação / Cálculo: Deve ser promovido meios de escuta dos usuários do SUS: os elogios, queixas e sugestões. Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente;

Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhado a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado;

II. NPS para avaliação de satisfação do usuário e do colaborador

Conceituação / Cálculo: A pesquisa de satisfação do usuário do SUS sobre o atendimento destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos usuários do SUS, acompanhantes e colaboradores e será coletada por meio da ferramenta NPS (*Net Promoter Score*);

A avaliação deverá ser dividida em quatro grupos:

- O de usuários do SUS internados;
- O de acompanhantes de usuários do SUS internados;
- Os usuários do SUS em atendimento ambulatorial;
- Os colaboradores.

H. DESEMPENHO NA ÁREA DE EFICIÊNCIA OPERACIONAL

O desempenho na área de Eficiência Operacional poderá ser avaliado por meio dos seguintes indicadores:

I. Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação / Cálculo: relação percentual entre o número de pacientes-dia em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período, ou seja, mede a porcentagem de leitos ocupados em relação ao total disponível, indicando a utilização da capacidade hospitalar.

Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar/sugerir inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

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

II. Média de Permanência Hospitalar (dias)

Conceituação / Cálculo: relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares, ou seja, refere-se ao tempo médio que os pacientes permanecem internados, refletindo a eficiência dos processos de tratamento e alta.

Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao usuário do SUS.

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

III. Índice de Intervalo de Substituição (horas)

Conceituação / Cálculo: assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um usuário do SUS e a admissão de outro, ou seja, calcula o tempo médio entre a saída de um paciente e a admissão de outro no mesmo leito, avaliando a rapidez na liberação e preparação dos leitos.

Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

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

I. DESEMPENHO NA ÁREA DE QUALIDADE ASSISTENCIAL

O desempenho na área de Qualidade Assistencial poderá ser avaliado por meio dos seguintes indicadores:

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

Conceituação / Cálculo: o indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornam ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão, ou seja, indica a porcentagem de pacientes que retornam ao hospital dentro de 29 dias após a alta, sugerindo a eficácia do tratamento inicial e a continuidade do cuidado.

Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por oncologia e obstetrícia serão excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

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

Para o numerador serão excluídas internações por oncologia e obstetrícia, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente. Readmissões que terminam em morte também estarão incluídas no numerador.

Para o denominador:

Serão excluídos casos de um dia, alta por óbito, admissões na maternidade (com base na especialidade, tipo de episódio, diagnóstico), e aqueles com menção de um diagnóstico de oncologia e/ou quimioterapia.

Quando houver mais do que uma readmissão no prazo de 30 dias, cada readmissão será contada uma vez.

II. Percentual de Ocorrência de Glosas/Rejeição no Sistema de Informações Hospitalares- SIH/SUS

Conceituação / Cálculo: mede a relação de procedimentos rejeitados no SIH/SUS em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período, ou seja, refere-se à proporção de procedimentos ou serviços faturados que foram negados pelo Sistema de Informações Hospitalares, apontando possíveis falhas na documentação ou na execução dos serviços.

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

J. DESEMPENHO NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

O desempenho na área de Assistência Obstétrica poderá ser avaliado por meio dos seguintes indicadores:

I. Percentual de Partos Cesáreos

Conceituação / Cálculo: mede o percentual de cirurgias cesáreas realizadas em relação ao número total de partos, ou seja, mede a proporção de partos realizados por cesariana em relação ao total de partos, servindo como indicador das práticas obstétricas adotadas.

Fórmula: [Número de partos cesáreos realizados / Total de partos realizados] x 100 - mensal

**** Informar a Taxa de Cesareana para efeito de monitoramento e acompanhamento.**

II. Taxa de Aplicação de Robson nas Parturientes Submetidas ao Parto Cesáreo

Conceituação / Cálculo: é instrumento para identificação de grupos de mulheres clinicamente relevantes nos quais haja diferenças nas taxas de cesárea, permitindo comparações em uma mesma instituição ao longo do tempo ou entre diferentes instituições, ou seja, avalia a utilização da Classificação de Robson para categorizar as parturientes que passaram por cesárea, auxiliando na análise e comparação das taxas de cesárea entre diferentes grupos de pacientes.

Quando se aplica a classificação, otimiza-se o uso dos procedimentos de partos cesáreos ao identificar, analisar e focalizar intervenções criadas para otimizar o uso do procedimento de parto cesáreo. Avalia a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupo. Avalia a qualidade dos dados colhidos

Fórmula: [Número de parturientes submetidas ao parto cesáreo classificadas pela Classificação de Robson no mês / Total de parturientes submetidas ao parto cesáreo no mês] x 100

III. Taxa de Redução de Cesáreas

Conceituação / Cálculo: mede a diminuição percentual das cesarianas em um período específico, refletindo a eficácia de estratégias implementadas para promover partos vaginais seguros e reduzir cesáreas desnecessárias.

Esse indicador considerado essencial para monitorar os esforços direcionados à diminuição de cesarianas desnecessárias, alinhando-se às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que sugere que taxas de cesárea acima de 10% não estão associadas a reduções nas mortalidades materna e neonatal. Implementar boas práticas do parto adequado e estratégias baseadas em evidências, como o uso da Classificação de Robson, tem se mostrado eficaz na redução dessas taxas.

Uma redução na taxa de cesáreas pode refletir melhorias nas práticas obstétricas, promovendo partos vaginais seguros e reduzindo cesáreas desnecessárias.

Para calcular a **Taxa de Redução de Cesáreas**, é necessário comparar a proporção de partos cesáreos entre dois períodos distintos (período inicial: competência anterior e período atual: competência atual). A fórmula para esse cálculo é:

Fórmula: Taxa de Redução de Cesáreas (%) = [(Taxa de Cesáreas no Período Inicial - Taxa de Cesáreas no Período Atual) / Taxa de Cesáreas no Período Inicial] x 100

Onde:

- **Taxa de Cesáreas no Período Inicial:** (Número de partos cesáreos no período inicial / Total de partos no período inicial) x 100
- **Taxa de Cesáreas no Período Atual:** (Número de partos cesáreos no período atual / Total de partos no período atual) x 100

3. FICHA DE INDICADOR

Abaixo, apresentamos o modelo de ficha de indicador que servirá como ferramenta para o acompanhamento e avaliação do desempenho das metas estabelecidas.

MODELO DE FICHA DE INDICADOR

ARGUMENTOS	DESCRIÇÃO
------------	-----------

Título completo	O título completo deve expressar o que está sendo mensurado e as intenções de dimensionamento (determinado espaço geográfico, no período considerado) do indicador. Não possui limite de caracteres.
Título resumido	O título resumido é utilizado em tabelas, quadros, gráficos, painéis e afins, expressando de forma resumida seu significado. Deve possuir no máximo 100 caracteres.
Conceituação completa	Especifica os conceitos utilizados no indicador. Trata-se de informações que definem o indicador e a forma como ele se expressa, se necessário agregando elementos para a compreensão de seu conteúdo. A ideia é facilitar o entendimento, de qualquer indivíduo, sobre o que está sendo mensurado no indicador em questão. Deve ser coerente com o método de cálculo, unidade de medida, o tipo de relação com as variáveis, a temporalidade e a abrangência geográfica.
Interpretação	Análise e compreensão dos dados e das informações apresentados pelo indicador. Deve ser preenchido para informar ao usuário uma explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.
Usos	Forma e motivos principais de utilização/aplicabilidade dos dados e das informações apresentados por um indicador, devendo ser considerada para fins de análise e de sua compreensão.
Limitações	Fatores que restringem a interpretação e delimitação do indicador, devendo ser considerados em sua criação e adoção. Pode direcionar ou limitar a avaliação de uma situação e estar relacionada a: apuração dos dados, fonte, fórmula de cálculo, interpretação e temporalidade.
Fonte de dados	Ambiente onde são armazenados os dados gerados ou coletados de diversas formas. Refere-se à base de origem dos dados utilizados no cálculo. Exemplo: SIGTAP/Ministério da Saúde; SIA/Ministério da Saúde; SIH/Ministério da Saúde; CNES/Ministério da Saúde; População 2020/IBGE.
Fórmula de cálculo	Expressão matemática que combina as variáveis e os elementos de um indicador para obtenção de seu resultado. Numerador / Denominador X Multiplicador
Método de cálculo	Forma de proceder, sistemática e racionalmente, ao longo de um caminho, visando alcançar um resultado desejado que se impõe aos diferentes processos necessários. Deve ser descrito de forma a permitir que qualquer usuário consiga, por conta própria, calcular o indicador. Em casos em que o banco de dados possui acesso restrito, e deva ser utilizado apenas por equipe de TI autorizada dada a eventual confidencialidade dos dados, isto deverá ser informado. • Numerador: Descrever detalhadamente o numerador. • Denominador: Descrever detalhadamente o denominador. • Multiplicador (se existir): Informar o multiplicador utilizado.
Categorias de análise	Permite a distribuição do indicador segundo categorias, de forma a propiciar a análise por sexo, faixa etária, um território específico, raça/cor, estabelecimento de saúde, etc. Exemplo: Raça cor; População; Segmentos populacionais; Gênero; Etnia; Religião.
Granularidade	Identifica a desagregação máxima disponível para este indicador. Com base nesta informação, será possível a automatização da agregação dos dados em escalas maiores. Exemplo: INE; CNES; Município; Região de Saúde; Macrorregião de Saúde; UF; Brasil.
Periodicidade de atualização	Frequência de atualização dos bancos de dados (diário; mensal; bimestral; semestral; anual).
Responsabilidade gerencial	Gestor (a) encarregado de promover um acompanhamento sistemático e contínuo da evolução de processos ou fenômenos, por meio de observação, medição e análise constantes e periódicas. O preenchimento deste campo deve conter a descrição da área técnica responsável, e-mail e telefone.
Notas	Campo aberto reservado para informações complementares não contempladas nos demais campos.
Análise descritiva do indicador	Apresenta uma descrição geral do indicador, um breve relato sobre a situação de saúde referente ao indicador e a forma como ele será representado nas análises descritivas acompanhadas das respectivas visualizações (figuras, tabelas, quadros, gráficos etc.). Essas visualizações deverão ser imediatamente precedidas de suas respectivas descrições.

Fonte: <https://www.ripsa.org.br/indicadores/fqi/> (2024)

ANEXO D DO PLANO DE TRABALHO

ENSINO E PESQUISA

1. DIRETRIZES GERAIS

- 1.1. As atividades de ensino e pesquisa desempenham um papel essencial na ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do SUS, devendo estar alinhadas às exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).
- 1.2. O objetivo dessas atividades é formar profissionais de saúde especializados para atuar nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Mato Grosso, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.
- 1.3. O Parceiro Privado deverá garantir a continuidade dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional já em funcionamento, assegurando a qualidade e a adequação das práticas. Além disso, será responsável por promover melhorias contínuas e expandir os programas, incluindo novas áreas de concentração e ampliando a oferta de vagas, conforme as necessidades identificadas e as diretrizes estabelecidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT).
- 1.4. No caso de uma nova unidade de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá, dentro do primeiro ano de funcionamento, instituir as comissões assessoras obrigatórias exigidas para estabelecimentos hospitalares. Essa medida deve atender à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE), além de suas eventuais atualizações, garantindo as condições necessárias para o adequado funcionamento da unidade.
- 1.5. Para unidades de saúde já em operação no Estado de Mato Grosso, o PARCEIRO PRIVADO deverá assegurar a continuidade das ações e serviços vinculados às comissões assessoras obrigatórias, conforme as normativas vigentes.
- 1.6. A manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo PARCEIRO PRIVADO é essencial e obrigatória. Além disso, o PARCEIRO PRIVADO deverá solicitar a Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e da Educação, em conformidade com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e suas eventuais atualizações.
- 1.7. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Mato Grosso poderão servir como cenário de prática para Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, além de campo de estágio. Essa utilização será viabilizada por meio de ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES/MT).
- 1.8. O PARCEIRO PRIVADO também promoverá atividades de ensino e pesquisa, disponibilizando campos de prática para estágios em cursos tecnólogos de escolas técnicas, bem como para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/MT.
- 1.9. A Escola de Saúde Pública de Mato Grosso é responsável por formular, coordenar e gerenciar a abertura e a execução dos estágios, bem como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, em parceria com o PARCEIRO PRIVADO, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde (SES-MT).
- 1.10. O PARCEIRO PRIVADO deverá incentivar a realização de pesquisas científicas, garantindo a infraestrutura necessária e seguindo o fluxo de pesquisa definido pela SES-MT.
- 1.11. A SES/MT, por meio de suas áreas técnicas competentes, realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa em Unidades Hospitalares e/ou Ambulatoriais, o que poderá incluir visitas técnicas in loco.
- 1.12. O PARCEIRO PRIVADO está sujeito a notificação, advertência, suspensão ou rescisão do Ajuste, assegurados o direito de defesa e o contraditório, em caso de violação das regras dispostas nas orientações de Ensino e Pesquisa.

- 1.13. A seleção de preceptores e tutores deverá considerar o perfil do profissional, incluindo sua formação humanística e ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, experiência em atividades didáticas, participação em congressos, produção técnico-científica e atuação como profissional na instituição.
- 1.14. O PARCEIRO PRIVADO deve ter profissionais qualificados para os Programas de Residência, com qualificação técnica e legal e número compatível com o perfil da Unidade e as normas dos Programas.
- 1.15. O PARCEIRO PRIVADO deve observar o plano de cargos, salários e benefícios para os empregados, compatível com os valores de mercado, levando em consideração a titulação exigida para as funções de tutoria, preceptoria e supervisão.
- 1.16. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde são regidas pela Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e suas alterações posteriores.
- 1.17. O PARCEIRO PRIVADO é responsável por manter o número necessário de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores, de acordo com as normas legais vigentes.
- 1.18. Caso seja necessária a substituição de um docente (Supervisor, Preceptor, Tutor ou Coordenador) durante os Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá comunicar previamente à SES-MT e garantir um período mínimo de transição de 60 (sessenta) dias entre o docente substituído e o seu substituto.
- 1.19. O PARCEIRO PRIVADO deve enviar à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) as informações solicitadas sobre os Programas de Residência Médica e Multiprofissional, após a devida implantação na unidade. O envio deve ser feito, impreterivelmente, até o dia 10 (dez) do mês seguinte ao analisado, seguindo o fluxo e as diretrizes da Escola de Saúde Pública/SES-MT.

2. CONSIDERAÇÕES QUANTO AOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

- 2.1. As Unidades hospitalares gerenciadas pelo PARCEIRO PRIVADO devidamente qualificadas, serão consideradas, entre outras unidades de saúde, como *campus* de prática para os Programas de Residências em Saúde.
- 2.2. Cabe à SES-MT formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso- SES/MT, em parceria com o parceiro privado.
- 2.3. O PARCEIRO PRIVADO desenvolverá Programas de Residência Médica, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC), bem como Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC). Será priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, bem como o quantitativo necessário de preceptores e a designação de um Coordenador por Programa.
- 2.4. A residência, reconhecida como o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação voltada para médicos e outros profissionais de saúde, estruturada como um curso de especialização.
- 2.5. A residência possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços oferecidos e a educação continuada. Deve ser realizada em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais altamente qualificados ética e profissionalmente, de acordo com a categoria profissional a ser formada.
- 2.6. Os Programas de Residência Médica, Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia e concordância entre a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) e o PARCEIRO PRIVADO. Neste momento, serão definidos, entre outros aspectos, a(s) área(s) de concentração, o número de vagas a serem ofertadas em cada área e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) envolvidos no Programa.

- 2.7. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.
- 2.8. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro privado e acompanhado pelo setor técnico da SES-MT por meio da assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU) ou por outra metodologia de seleção pública definida pela SES-MT.
- 2.9. O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir, obrigatoriamente, no mínimo, 01 (um) executor administrativo para a COREME, assim como 01 (um) executor administrativo para a COREMU, quando os programas estiverem efetivamente implantados.
- 2.10. O servidor ou profissional contratado por regime celetista, que estiver no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, terá direito ao recebimento de gratificação, conforme estabelecido em legislação específica vigente.
- 2.11. As bolsas de Residência Médica da SES-MT são financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela própria SES-MT. Já as bolsas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-MT são exclusivamente financiadas pelo Ministério da Saúde. O valor dessas bolsas é determinado por portaria interministerial (MEC/MS).

3. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

- 3.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados pelo PARCEIRO PRIVADO deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº. 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRM vigentes.
- 3.2. O Programa de Residência Médica (PRM), quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
- 3.3. Para a execução do Programa de Residência Médica, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.
- 3.4. A COREME deverá contar com um Coordenador e um Vice-Coordenador, devidamente eleitos entre os preceptores dos Programas de Residência Médica, além de um secretário/técnico administrativo, em conformidade com a Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.
- 3.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).
- 3.6. Quando aplicável, caberá ao PARCEIRO PRIVADO, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SES-MT, a substituição das bolsas atualmente financiadas pela SES/MT por bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde ou Ministério da Educação, participando dos Editais específicos para esse fim.
- 3.7. As COREMES deverão avaliar **semestralmente** os seus Programas de Residência Médica utilizando uma métrica de satisfação dos participantes, por meio da metodologia “*Net Promoter Score*” (NPS), com a pergunta “de 0 a 10”. Os resultados deverão ser encaminhados até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre à Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação dos Contratos de Gestão da SES-MT, por meio do protocolo do Sistema Estadual de Produção e Gestão de Documentos Digitais

(SIGADOC), disponível em <https://www.sigadoc.mt.gov.br>, para análise e monitoramento pelos setores técnicos da SES-MT.

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

- 4.1. As unidades hospitalares sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO funcionarão como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas e gerenciadas pela SES/MT.
- 4.2. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.
- 4.3. O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde.
- 4.4. Para a execução da Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.
- 4.5. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.
- 4.6. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.
- 4.7. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde.
- 4.8. O tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde/SES-MT. deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:
 - a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.
 - b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde/SES-MT.
- 4.9. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde/SES-MT (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar.
- 4.10. Preceptor Colaborador: servidor ativo vinculado à Unidade Assistencial, excepcionalmente designado para atuar como colaborador, por necessidade de desenvolvimento do Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde/SES-MT, mediante justificativa fundamentada do

Coordenador do programa, com base no Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde/SES-MT e acatado, em conjunto, pela COREMU/SES-MT, de modo a garantir o acompanhamento das atividades dos Profissionais da Saúde Residentes em cenários de ensino e aprendizagem. Deverá ter titulação mínima de especialista e ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar. O Preceptor Colaborador não será remunerado pelo exercício da função.

- 4.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde/SES-MT, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SES-MT, para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.
- 4.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção ou indicação entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SES-MT.
- 4.13. A seleção ou indicação de Preceptores e Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SES-MT, para ciência e validação.
- 4.14. A seleção de preceptores e tutores deve levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.
- 4.15. Nos Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde/SES-MT a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde/SES-MT, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.
- 4.16. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES-MT.
- 4.17. Os preceptores do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde deverão, obrigatoriamente, ser da mesma área dos residentes sob sua orientação e supervisão e atuarão de forma direta, isto é, estando presente continuamente no cenário de prática, em concordância com o §1º. do Art. 13 da Resolução CNRMS/MEC nº 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.
- 4.18. As Unidades hospitalares poderão receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.
 - 4.18.1. Ressalta-se que os rodízios podem, não necessariamente, acontecer todos os meses, tendo em vista a observância ao Projeto Pedagógico.
- 4.19. O PARCEIRO PRIVADO deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC, se for o caso.
- 4.20. As COREMUS deverão avaliar **semestralmente** os seus Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, por meio da metodologia "Net Promoter Score" (NPS), com a pergunta "de 0 a 10". Os resultados deverão ser encaminhados até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre à Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação dos Contratos de Gestão da SES-MT, por meio do protocolo do Sistema Estadual de Produção e Gestão de Documentos Digitais (SIGADOC),

disponível em <https://www.sigadoc.mt.gov.br>, para análise e monitoramento pelos setores técnicos da SES-MT.

5. RECURSOS FINANCEIROS

- 5.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SES-MT.
- 5.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência ou haja vagas não preenchidas no Processo Seletivo Unificado ou similar, o valor correspondente à bolsa e às despesas de custeio do residente será imediatamente glosado.
- 5.3. Nessas situações, caberá à SES-MT comunicar formalmente o desligamento ou a não ocupação das vagas, bem como informar o valor a ser descontado. A Comissão de Fiscalização do Contrato de Gestão/SES-MT, responsável pelo acompanhamento dos respectivos contratos, deverá providenciar o ajuste financeiro correspondente, caso necessário.
- 5.4. Na implantação e execução dos Programas de Residência, a SES-MT apresentará a estimativa dos valores das bolsas da Residência Médica custeadas pelo estado, garantindo o devido provisionamento e planejamento orçamentário.
- 5.5. Quando as bolsas forem repassadas diretamente ao residente médico ou multiprofissional, a SES-MT informará mensalmente o valor à área técnica responsável pelo acompanhamento dos Contratos de Gestão, assegurando a devida compensação financeira.
- 5.6. O quantitativo de bolsas custeadas pela SES-MT e seus respectivos valores poderão ser alterados a qualquer momento, conforme a legislação vigente e a metodologia de custeio adotada pela SES-MT.
- 5.7. Os residentes deverão ter asseguradas condições adequadas de alimentação, higiene, limpeza, segurança e demais necessidades essenciais, incluídas no custeio mensal da unidade hospitalar.
- 5.8. Caso sejam identificadas irregularidades na aplicação das despesas de custeio apresentadas, a SES-MT, responsável pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação das atividades da Residência, poderá determinar e solicitar a glosa ou o desconto financeiro correspondente ao valor não aplicado corretamente.

6. ESTÁGIOS CURRICULARES

- 6.1. O estágio é um ato educativo escolar supervisionado, realizado no ambiente de trabalho, com o objetivo de preparar os educandos para o exercício profissional. Ele é destinado a estudantes matriculados no ensino regular de instituições de educação superior, educação profissional, ensino médio.
- 6.2. O PARCEIRO PRIVADO deverá disponibilizar, anualmente, vagas para estágios em cursos tecnólogos de escolas técnicas, bem como para estágios em cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/MT.
- 6.3. A distribuição dessas vagas será organizada e orientada pelo setor técnico da SES-MT, garantindo a adequada alocação dos estagiários conforme as necessidades e diretrizes estabelecidas.

7. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

- 7.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá propor Plano Anual de Capacitação de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde.
- 7.2. O PARCEIRO PRIVADO deverá encaminhar o Plano Anual de Capacitação à Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação dos Contratos de Gestão da SES-MT, por meio do protocolo do Sistema Estadual de Produção e Gestão de Documentos Digitais – SIGADOC (<https://www.sigadoc.mt.gov.br>), no prazo de até

30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Contrato de Gestão ou Termo Aditivo. O setor técnico competente da SES-MT terá até 30 (trinta) dias para avaliar o documento e emitir seu parecer.

- 7.3. O PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) todas as informações solicitadas sobre o Programa de Educação Permanente da Unidade Hospitalar. O envio deverá ser feito por meio da Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação dos Contratos de Gestão da SES-MT, conforme os prazos e diretrizes estabelecidos.

ANEXO E DO PLANO DE TRABALHO

GESTÃO DO TRABALHO E RECURSOS HUMANOS

Este documento tem como objetivo detalhar aspectos essenciais da gestão do trabalho e dos recursos humanos para a execução do contrato e a prestação de serviços nas unidades hospitalares sob gestão, estando seu conteúdo estruturado em dois segmentos:

(I) Especificações Técnicas, que normatizam a execução contratual na área da saúde para o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde nas Unidades hospitalares;

(II) Recursos Humanos, que apresenta um quadro com o quantitativo e custo estimado dos servidores efetivos a serem cedidos e os servidores contratados.

1. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

- 1.1. A Secretaria de Estado de Saúde- SES/MT irá realizar a cedência dos profissionais que atualmente atuam nas duas unidades hospitalares ao PARCEIRO PRIVADO (OSS), garantindo a continuidade dos serviços. O PARCEIRO PRIVADO deverá integrar os profissionais cedidos às suas rotinas e, se necessário, oferecer capacitação específica, com base no plano de cargos e salários, nos critérios de avaliação de desempenho e nos programas de capacitação e desenvolvimento profissional da organização.
- 1.2. A partir da cessão, os profissionais permanecerão vinculados ao regime jurídico da SES, sendo suas obrigações trabalhistas, previdenciárias e administrativas mantidas sob responsabilidade desta, enquanto o PARCEIRO PRIVADO se compromete a gerir suas atividades.
- 1.3. A cessão dos profissionais será válida pelo período de vigência do contrato, podendo ser revisada periodicamente ou em casos de alteração das condições contratuais ou necessidades da unidade hospitalar, mediante aprovação da SES.
- 1.4. O PARCEIRO PRIVADO deverá se comprometer a integrar os profissionais cedidos às suas rotinas administrativas e operacionais, promovendo, sempre que necessário, programas de capacitação específicos para o desempenho das funções no modelo de gestão adotado.
- 1.5. Em caso de rescisão contratual ou alteração das condições de gestão das unidades hospitalares, os profissionais cedidos deverão retornar à lotação original, sem prejuízo de seus direitos ou obrigações contratuais com a SES.
- 1.6. O PARCEIRO PRIVADO deverá:
 - 1.6.1. Obedecer às Normas Regulamentadoras do Ministério da Saúde (MS) e Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a NR-32 que versa sobre Segurança e Saúde no Trabalho em serviços de saúde e tem como finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores, e ainda, as resoluções dos conselhos profissionais.
 - 1.6.2. Constituir, nos primeiros 03 meses de funcionamento das unidades hospitalares sob sua gestão, as comissões obrigatórias exigidas para o estabelecimento hospitalar, em conformidade com a Norma Regulamentadora - NR nº 32 e suas atualizações. Além disso, garantir todas as condições necessárias para a manutenção das ações e serviços relacionados a essas comissões.
 - 1.6.3. Assegurar que as unidades hospitalares sob sua gestão tenham na composição o Responsável Técnico (RT) nas áreas médica, de enfermagem e outras que se fizerem obrigatórias, com o devido registro no respectivo Conselho de Classe. O médico designado como Diretor/Responsável Técnico da unidade poderá assumir a responsabilidade técnica por apenas uma unidade cadastrada no SUS.
 - 1.6.4. Disponibilizar uma equipe médica em número adequado para atender os serviços, composta por profissionais das especialidades exigidas, devidamente titulados ou certificados na especialidade

correspondente e registrados no Conselho Regional de Medicina, conforme a Resolução CFM nº 1634/2002 e suas alterações.

- 1.6.5. Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil de cada Unidade hospitalar e os serviços a serem prestados.
- 1.6.6. Disponibilizar, nas unidades hospitalares, ambientes adequados para o descanso dos servidores que atuam em regime de plantão, garantindo que esses espaços atendam às condições mínimas exigidas pelas normas vigentes. Além disso, assegurar locais apropriados para alimentação, em conformidade com as regulamentações de segurança e saúde no trabalho, proporcionando conforto e bem-estar aos profissionais.
- 1.6.7. Adotar um sistema de controle de frequência compatível com o Sistema de Controle de Frequência oficial do Governo do Estado de Mato Grosso. O sistema deverá permitir a leitura e a migração do banco de dados, garantindo integração e conformidade com as exigências governamentais.
- 1.6.8. Disponibilizar prontamente os relatórios solicitados pela SES/MT no tocante ao quadro de pessoal da unidade, contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores e servidores cedidos.
- 1.6.9. Implementar um protocolo institucional e adotar medidas efetivas para a prevenção e o combate ao assédio moral e sexual nas unidades hospitalares. As ações devem incluir a capacitação contínua dos colaboradores, canais acessíveis e seguros para denúncias, bem como a apuração rigorosa de eventuais casos, garantindo um ambiente de trabalho ético, seguro e respeitoso, em conformidade com a legislação vigente.
- 1.6.10. Em caso de afastamento legal de servidor público efetivo cedido, férias e/ou licenças, o Parceiro Privado deverá prever em seu quadro de pessoal quantitativo suficiente para a devida substituição quando necessária, visando não comprometer a execução do serviço.
- 1.6.11. A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratação de colaborador substituto.
- 1.6.12. O PARCEIRO PRIVADO deve usar como critério de remuneração e vantagens de qualquer natureza para o dirigente e empregado, os valores de mercado privado da região, ratificados por PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que inclua pelo menos 5 (cinco) instituições congêneres e as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria. O valor da remuneração não pode ser inferior ao salário base praticado pelo Governo do Estado de Mato Grosso, conforme a Portaria nº 197/GBSES/SES/2017 e suas alterações, Portaria nº 062/GBSES/2022 e Portaria nº 078/2023/GBSES.
- 1.6.13. O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir que a remuneração dos técnicos de enfermagem e enfermeiros não seja inferior ao piso salarial da categoria, conforme regulamentação vigente.
- 1.6.14. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e demais encargos, conforme a legislação vigente, relativos aos seus empregados e prestadores de serviços contratados para a execução dos serviços objeto do contrato. Não será permitido ao PARCEIRO PRIVADO invocar a existência do Contrato de Gestão para se eximir das responsabilidades ou transferi-las à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT.
- 1.6.15. O PARCEIRO PRIVADO deverá comprovar mensalmente à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT o pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados.
- 1.6.16. O PARCEIRO PRIVADO, sempre que necessário, poderá formalizar à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT, a devolução/retorno do servidor cedido em exercício nas unidades hospitalares sob sua gestão, e em consonância ao princípio da supremacia do interesse público, observará critérios normativos e o rito processual estabelecido pela SES/MT.
- 1.6.17. O PARCEIRO PRIVADO, em nenhuma hipótese, poderá ceder seus empregados ou os servidores públicos remunerados por meio deste instrumento a qualquer instituição, seja pública ou privada.

- 1.6.18. O servidor público cedido em exercício nas unidades hospitalares gerenciadas pelo PARCEIRO PRIVADO têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência ao rito dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo PARCEIRO PRIVADO, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramento relacionado, bem como ao Plano de Cargos, Carreira e Vencimento dos servidores envolvidos.
- 1.6.19. Cabe à Secretaria de Estado de Saúde- SES/MT estabelecer procedimento, prazo e fluxo da formalização de processo ou expediente relacionado à vida funcional do servidor público em exercício nas unidades hospitalares gerenciadas pelo PARCEIRO PRIVADO, com o delineamento do trâmite necessário e definição das responsabilidades de cada uma das partes envolvidas, seguindo o preconizado pela normativa estadual aplicada à área de pessoal.
- 1.6.20. É vedada a contratação, pelo PARCEIRO PRIVADO, de servidor ou empregado público em exercício, exceto nos casos em que haja a previsão de acúmulo de cargo e compatibilidade de horário, conforme previsão legal e análise criteriosa individual de cada evento.
- 1.6.21. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, especificamente do Estado de Mato Grosso, bem como de Diretores de Unidades, Superintendentes, do PARCEIRO PRIVADO, para quaisquer serviços relativos ao Contrato de Gestão.
- 1.6.22. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar supostamente atribuível a servidor público cedido, deverá o PARCEIRO PRIVADO, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, comunicar a Secretaria de Estado de Saúde - SES/MT para providências cabíveis.
- 1.6.23. Assegurar à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) o livre acesso às dependências das unidades hospitalares, para a realização de visitas técnicas pela Comissão de Saúde e Segurança no Trabalho e/ou da equipe de Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho da SES-MT.
- 1.6.24. Poderá o PARCEIRO PRIVADO atribuir gratificações ao servidor cedido pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade, estabelecendo fluxo e procedimento junto à Secretaria de Estado de Saúde - SES/MT para efetivação do pagamento em Sistema oficial do Governo do Estado de Mato Grosso, que promoverá ainda a dedução dos repasses mensais ao PARCEIRO PRIVADO.

2. RECURSOS HUMANOS

- 2.1. A seguir, apresenta-se um quadro com o quantitativo e o custo estimado dos servidores efetivos a serem cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, bem como dos servidores contratados atualmente pela SES/MT.

QUADRO 01. Quantidade e custo estimado dos servidores (efetivos e contratados) das unidades hospitalares (UNIDADE I e UNIDADE II)

HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES - DR. ANTÔNIO CARLOS SOUTO FONTES - UNIDADE I e UNIDADE II							
MÉDIA MENSAL DOS SUBSÍDIOS - FOLHA DE PAGAMENTO PROFISSIONAIS COM SEU PERFIL, ATUALMENTE LOTADOS NAS UNIDADES, POR VÍNCULO (Contrato temporário - Celetista / Servidor Efetivo)							
Contrato Temporário - Celetista							
NÍVEL DE ESCOLARIDADE	PERFIL	QT	SUBSÍDIO (R\$)	ADICIONAL DE PLANTÃO (média mensal) (R\$)	ADICIONAL NOTURNO (média mensal) (R\$)	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE (R\$)	TOTAL (R\$)
NÍVEL SUPERIOR	ADMINISTRADOR	2	5.783,28	-	-	-	11.566,56
	ANALISTA ADMINISTRATIVO	6	4.404,96	-	-	-	26.429,76
	ANALISTA DE TI	3	3.670,80	3.052,21	-	-	14.064,61
	ASSESSOR TÉCNICO DE DIREÇÃO II	12	7.341,60	-	-	-	88.099,20
	ASSISTENTE SOCIAL	6	4.111,30	4.340,83	-	693,75	29.702,38
	ASSISTENTE DE DIREÇÃO III	3	10.871,44	-	-	-	32.614,32

HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES - DR. ANTÔNIO CARLOS SOUTO FONTES - UNIDADE I e UNIDADE II							
	DIRETOR TÉCNICO MÉDICO	1	22.024,80	-	-	-	22.024,80
	ENFERMEIRO	120	5.139,12	158.752,87	4.951,34	12.277,83	792.676,44
	ENFERMEIRO AUDITOR	1	5.139,12	-	-	-	5.139,12
	ENGENHEIRO DO TRABALHO	1	7.341,60	-	-	-	7.341,60
	FARMACÊUTICO	22	4.698,63	25.846,58	537,86	925,00	130.679,30
	FISIOTERAPEUTA	35	3.891,05	35.051,81	-	2.081,25	173.319,81
	MÉDICO	12	7.341,60	8.570,53	3.501,66	-	100.171,39
NÍVEL MÉDIO	PSICÓLOGO	6	5.282,95	3.563,53	-	925,00	36.186,23
	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	76	3.156,88	41.057,85	391,49	-	281.372,22
	AUXILIAR DE FARMÁCIA	5	1.908,82	4.329,67	-	-	13.873,77
	AUXILIAR DE LABORATÓRIO	1	1.908,82	383,88	-	-	2.292,70
	CONDUTOR DE AMBULÂNCIA	4	2.538,45	4.121,71	48,43	1.833,59	16.157,53
	SECRETARIA	17	2.789,81	5.109,62	-	-	52.536,39
	TÉCNICO DE ELETRICIDADE	1	3.230,31	1.322,25	-	-	4.552,56
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	339	2.789,81	383.243,40	14.663,66	48.470,00	1.392.122,65
	TÉCNICO DE IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA	1	2.349,31	448,21	-	-	2.797,52
	TÉCNICO DE INFORMÁTICA	1	2.642,97	1.990,77	-	-	4.633,74
	TÉCNICO EM LABORATÓRIO	4	1.908,82	3.787,57	-	555,00	11.977,85
	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	20	4.111,30	12.393,15	-	3.774,00	98.393,15
	TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO	3	2.496,15	-	-	-	7.488,45
NÍVEL FUNDAMENTAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	2	1.761,98	684,32	-	-	4.208,28
	AUXILIAR OPERACIONAL	62	2.055,64	39.850,26	39,22	7.203,06	174.542,22
	MAQUEIRO	24	1.908,82	17.911,57	-	4.070,00	63.723,25
	MOTORISTA	2	1.908,82	-	-	-	3.817,64
	OFICIAL MANUTENÇÃO	1	2.055,64	1.043,83	-	-	3.099,47
	RECEPCIONISTA	18	1.908,82	7.617,89	-	2.590,00	44.566,65
	TELEFONISTA	1	1.615,15	-	-	-	1.615,15
		812	-	764.474,30	24.133,66	85.398,48	3.653.786,70
Patronal (média mensal) (R\$)				214.052,80	6.757,42	23.911,57	1.023.060,28
Total + Patronal (R\$)				978.527,10	30.891,08	109.310,05	4.676.846,97
Servidor Efetivo							
NÍVEL DE ESCOLARIDADE	PERFIL	QT	SUBSÍDIO (R\$)	ADICIONAL DE PLANTÃO (média mensal) (R\$)	ADICIONAL NOTURNO (média mensal) (R\$)	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE (R\$)	TOTAL (R\$)
NÍVEL SUPERIOR	ASSISTENTE SOCIAL	1	26.172,02	9.540,89	-	578,87	97.169,39
		2	22.372,00				
		1	16.133,61				
	BIÓLOGO	1	23.266,83	1.206,55	-	-	23.266,83
	BIOQUÍMICO	1	24.197,52	2.434,64	-	555,00	70.210,20
		2	21.511,50				
	CONTADOR	1	23.266,83	3.498,07	-	250,65	70.038,55
		2	21.511,50		-		
	ENFERMEIRO	1	24.197,52	8.749,83	2.419,75	1.195,04	186.067,25
		5	22.372,00				
		1	21.511,50				
		1	16.133,61				
	FARMACÊUTICO	1	21.511,50	1.960,64	-	370,00	23.842,14
	BIOMÉDICO	1	22.372,00	-	-	185,00	22.557,00
	FARMACÊUTICO-BIOQUÍMICO	2	22.372,00	2.736,27	-	280,48	47.480,27
	FISIOTERAPEUTA	1	22.372,00	7.038,20	-	508,75	70.304,54
		1	21.511,50				
		1	18.874,09				
	FONOAUDIÓLOGO	1	21.511,50	1.357,37	-	95,48	22.964,35
	MÉDICO - CARDIOLOGISTA	1	16.779,02	1.551,27	-	138,75	18.469,04
	MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL	1	22.372,00	1.659,00	-	185,00	24.216,00
	MÉDICO - CLÍNICO GERAL	1	22.372,00	4.197,52	1.034,21	323,75	43.440,58
		1	15.513,10				
	MÉDICO GINECOLOGISTA/OBSTETRÍCIA	1	16.779,02	2.111,46	-	76,09	18.966,57
	MÉDICO - INTENSIVISTA	1	22.372,00	2.513,64	-	185,00	25.070,64
		1	16.779,02				
	MÉDICO - NEUROLOGISTA	1	13.224,28	1.460,65	-	-	14.684,93
	MÉDICO - PEDIATRA	1	16.133,61	1.522,54	-	138,75	17.794,90

HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES - DR. ANTÔNIO CARLOS SOUTO FONTES - UNIDADE I e UNIDADE II							
	NUTRICIONISTA	1	22.372,00	-	-	185,00	22.557,00
	PSICÓLOGO	2	23.266,63	3.111,73	-	531,13	66.208,22
		1	16.032,10				
NÍVEL MÉDIO	ASSISTENTE DE ADMINISTRAÇÃO	3	11.591,79	49.764,56	10.632,80	5.093,47	410.422,76
		4	11.145,95				
		14	10.717,21				
		8	10.305,01				
		1	9.287,16				
		2	8.037,90				
		1	7.728,78				
	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	1	4.580,00	49.073,13	-	7.222,46	504.349,80
		1	7.728,78				
		12	10.305,01				
		26	10.717,21				
	AUXILIAR DE LABORATÓRIO	1	10.717,21	2.563,91	-	185,00	13.466,12
	AUXILIAR DE PATOLOGIA CLÍNICA	1	10.717,21	2.061,19	-	185,00	12.963,40
	MOTORISTA	4	10.717,21	-	-	823,55	53.997,40
		1	10.305,01				
	TÉCNICO EM ENFERMAGEM	2	11.145,95	16.226,37	-	1.908,19	155.636,46
		10	10.717,21				
		1	8.037,90				
	TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA	1	10.717,21	1.579,99	-	185,00	12.482,20
	TÉCNICO EM RADIOLOGIA	3	8.037,90	3.417,65	-	832,50	28.363,85
	TÉCNICO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SAÚDE AMBIENTAL	1	10.717,21	2.413,10	-		13.130,31
NÍVEL FUNDAMENTAL	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	27	6.124,09	34.115,66	-	4.732,42	204.198,51
	COZINHEIRO	3	6.369,07	7.728,02	-	740,00	39.823,41
		2	6.124,09				
	OFICIAL DE MANUTENÇÃO	3	5.888,58	-	-	841,45	30.755,37
		2	6.124,09				
	VIGIA	1	7.164,37	4.108,00	-	740,00	30.149,13
		2	6.124,09				
		1	5.888,58				
	Total	182	-	229.701,85	14.086,76	29.271,78	2.395.047,12
Patronal (R\$)				64.316,52	3.944,29	8.196,10	670.613,19
Total + Patronal (R\$)				294.018,37	18.031,05	37.467,88	3.065.660,31

Fonte: Documento SIGADOC SES-CIN-2025/11505A de 27 de janeiro de 2025. Relação atualizada da quantidade de profissionais lotados nas duas Unidades do Hospital Regional Doutor Antonio Fontes de Cáceres (Sede e Anexo)pdf.

Observações: (*) As informações referentes ao quantitativo de servidores, bem como dos subsídios, representam valores identificados no momento da extração da informação do SEAP - Novembro 2024 pela Superintendência de Gestão de Pessoas/SES-MT, podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos e pagamentos de outros benefícios.

ANEXO F DO PLANO DE TRABALHO

ESTIMATIVA DE CUSTEIO

Este documento tem como objetivo apresentar a estimativa do custeio operacional do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes, sob Gestão Estadual, localizado no município de Cáceres/MT. O Hospital é composto pelas seguintes unidades: **UNIDADE I** - Hospital Regional Dr. Antônio Fontes (CNES 2534460) e **UNIDADE II** - Hospital Regional Dr. Antônio Fontes (Anexo I, CNES 2395037).

1. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

- 1.1.** A estimativa dos custos operacionais das unidades hospitalares (UNIDADE I e UNIDADE II) foi realizada com base no cálculo estimado do custo operacional, considerando a estrutura física de cada unidade e o perfil assistencial específico a ser adotado, conforme estabelecido no **ANEXO A do Plano de Trabalho – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE AÇÕES E SERVIÇOS / ATIVIDADES ASSISTENCIAIS**.
- 1.2.** Para a definição das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, foram adotados os seguintes critérios:
 - a)** Capacidade física instalada e operacional das Unidades hospitalares (**UNIDADE I e UNIDADE II**);
 - b)** Série histórica de ocupação média das Unidades Ambulatoriais e Hospitalares, extraída dos dados do Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS e Sistema de Informação Hospitalar SIH/SUS (Oficial do Ministério da Saúde), Sistema de tabulação Data Warehouse acessado pelo setor responsável COPISS da Superintendência de Programação Controle e Avaliação/SES-MT, Sistema Nacional de Regulação *on-line* SISREGIII (Oficial do Ministério da Saúde), bem como de dados extraídos do Sistema SIEGES Serviço de Inteligência Estratégica para Gestão do SUS disponível no link <http://sieges.saude.mt.gov.br/dashboards/35>;
 - c)** Tempo Médio de Permanência, por área e na totalidade, bem como o preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado em cada unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes, conforme estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP.
 - d)** Legislação relacionada ao perfil de atendimento específico de cada Unidade hospitalar.
- 1.3.** Todavia, os cálculos foram realizados conforme a possibilidade das Internações Hospitalares, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do usuário do SUS.

2. MÉTODO DE CÁLCULO

- 2.1.** A metodologia utilizada para a estimativa de custeio operacional por absorção envolve o custeio integral, no qual os custos fixos são registrados no custo final de cada produto ou serviço comercializado e, consequentemente, efetivamente consumido. Este é o único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de relatórios contábeis e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), que realiza a 'apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos ou serviços finais' por meio das informações do Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS), em conformidade com os princípios contábeis e fiscais. Dessa forma, pode-se afirmar que, 'em tese', cada custo unitário na matriz de custeio reflete custos e despesas (incluindo as administrativas) associadas à prestação do serviço assistencial.
- 2.2.** Para a elaboração da estimativa de custos, foram consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:
 - a)** conhecimento do perfil assistencial de cada unidade hospitalar (**UNIDADE I e UNIDADE II**), considerando: localização, caracterização sociodemográfica, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte de leitos, fluxo de clientela, perfil predominantemente de clientes e certificação de qualidade, habilitações ativas, série histórica e produção ambulatorial e hospitalar apresentada, conforme

demonstrado no ANEXO I - MEMÓRIA DE CÁLCULO DA ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL do Estudo Técnico, disponível por meio do link:
https://docs.google.com/document/d/1AXU0OtkFGJgD_L8kSJZHaH4Ea8ZPXly2/edit?usp=sharing&ouid=106036636803864343243&rtpof=true&sd=true;

- b) conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial;
- c) cálculo da estimativa de custeio operacional relacionado a linha de atendimento, com base na classificação dos procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e da Tabela SIGTAP/SUS <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>;
- d) composição do custeio dos serviços prestados, utilizando a Tabela SIGTAP/SUS como referência básica e aplicando um Fator de Ajuste (FA) para complementação de valores, que resulta em um acréscimo de 2 vezes o valor da Tabela SIGTAP/SUS, totalizando 3 vezes o valor para Média e Alta Complexidade. Para Órtese, Prótese e Material Especial (OPME), é acrescentado 0,5 vez o valor;
- e) considerando que o **Fator de Ajuste (FA) utilizado por motivo de defasagem do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS-SIGTAP/SUS** disponível no link <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>, teve por base o preconizado pelo art. 2º do Decreto n.º 1.083, de 10 de outubro de 2024;
- f) com relação aos valores orçados e que não estão previstos na tabela SIGTAP/SUS, especificamente quanto às **Diárias de Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva-UTI Adulto e Pediátricos e Sessões de Hemodiálise para leitos não habilitados junto ao Ministério da Saúde, foram utilizados como referência de valores das Portarias de Cofinanciamento estadual vigentes, a saber: Portaria n.º 208/2023/GBSES**, que atualiza os critérios para a transferência de recursos financeiros em apoio ao custeio mensal de leitos em Unidade de Terapia Intensiva/UTI (Adulto, Pediátrico, Neonatal, Unidade Coronariana - UCO, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal - UCINCO e UCINCA), credenciada/habilitada ou em processo de credenciamento/habilitação junto ao SUS em Mato Grosso, bem como dispõe sobre a utilização obrigatória do Sistema INDICASUS para notificações hospitalares e controle de leitos/internações, e revoga a Portaria n.º 063/2022/GBSES, e Portaria n.º 594/2021/GBSES, de 10 de agosto de 2021, que define critérios para o financiamento estadual de sessões de hemodiálise realizadas em Leitos de Unidade de Terapia Intensiva/UTI (Adulto) das unidades hospitalares públicas e privadas não habilitadas/credenciadas ou em processo de habilitação/credenciamento junto ao SUS, no território do estado de Mato Grosso;
- g) para o cálculo das Diárias de Assistência de Atenção Domiciliar (Home Care) foi utilizado como referência valores previstos no Edital PREGÃO ELETRÔNICO/SRP n.º 0086/SES/MT/2024, processo n.º **SES-PRO-2024/01647**, **SES-CAP-2024/390909** - Planilha Aquisições 001/2024 com os códigos cadastrados no [SIAG - Sistema de Aquisições Governamentais](#);

3. VALOR ESTIMADO

- 3.1. Considerando a metodologia utilizada e os cálculos realizados para a projeção de atendimentos, ações e serviços/atividades assistenciais, o custeio mensal estimado para a operacionalização do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes (**UNIDADE I**) é de **R\$11.661.780,97** (onze milhões, seiscentos e sessenta e um mil, setecentos e oitenta reais e noventa e sete centavos). Para o Hospital Regional Dr. Antônio Fontes ANEXO I (**UNIDADE II**), o custeio mensal estimado é de **R\$6.921.125,20** (seis milhões, novecentos e vinte e um mil, cento e vinte e cinco reais e vinte centavos). O valor total de custeio mensal estimado das duas unidades (**UNIDADE I e UNIDADE II**) é de **R\$18.582.906,17** (dezoito milhões, quinhentos e oitenta e dois mil, novecentos e seis reais e dezessete centavos).
- 3.2. O valor total de custeio estimado anual é de **R\$222.994.874,04** (duzentos e vinte e dois milhões, novecentos e noventa e quatro mil, oitocentos e setenta e quatro reais e quatro centavos) e de **R\$668.984.622,12** (seiscentos e sessenta e oito milhões, novecentos e oitenta e quatro mil, seiscentos e vinte e dois reais e doze centavos) para o período de **36 (trinta e seis)** meses de vigência contratual.
- 3.3. Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se os quadros detalhados a seguir:

Quadro 01. Descrição dos Serviços e estimativa de custeio da **UNIDADE I:** Hospital Regional Dr Antônio Fontes - 2025.

ITEM	DESCRIÇÃO SERVIÇOS DE ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR - MC & AC	CRITÉRIO	ESTIMATIVA FÍSICO / MENSAL (n)	FINANCEIRO ESTIMADO / MENSAL (R\$)	FINANCEIRO ESTIMADO/ ANUAL (R\$)
1	ÓRTESE, PRÓTESE, MATERIAIS ESPECIAIS (OPME's)/ COMPATIBILIDADE	MATERIAIS	1734	3.355.177,98	40.262.135,76
2	ÓRTESE, PRÓTESE, MATERIAIS ESPECIAIS (OPME's)/ ALTO CUSTO (25% - Compatibilidade)	MATERIAIS	434	838.794,49	10.065.533,88
3	Diárias de 20 Leito Complementar de UTI Adulto Tipo II, sendo 6 Habilitados - RECURSO FONTE FEDERAL R\$ 600,00 e RECURSO FONTE ESTADUAL R\$1.109,69 e 14 Não Habilitado - RECURSO FONTE ESTADUAL - R\$2.000,00/Diária	DIÁRIAS	600	1.147.744,20	13.772.930,40
4	10 Leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Adulto (UCI-a)	DIÁRIAS	300	125.100,00	1.501.200,00
5	SERVIÇO DE NEFROLOGIA (Sessões de Hemodiálise) em Clínica e UTI Adulto Tipo II	SESSÃO	240	127.396,80	1.528.761,60
6	SERVIÇO DE TRANSPORTE TERRESTRE SUPORTE BÁSICO (TIPO B) E SUPORTE AVANÇADO (TIPO D) KM RODADO	QUILOMETRAGEM RODADA	12750	1.250.010,00	15.000.120,00
7	ATENÇÃO AMBULATORIAL - MÉDIA COMPLEXIDADE - ATENDIMENTOS, AÇÕES, SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	EXAMES/ ATENDIMENTOS	13551	627.180,10	7.526.161,20
8	ATENÇÃO AMBULATORIAL - ALTA COMPLEXIDADE - ATENDIMENTOS, AÇÕES, SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	EXAMES/ ATENDIMENTOS	1697	1.183.795,54	14.205.546,48
9	Modalidade HOSPITAL-DIA/ Cirurgia Ambulatorial	CIRURGIAS/ PROCEDIMENTOS	147	76.577,88	918.934,56
10	SERVIÇO DE ATENÇÃO HOSPITALAR - CLÍNICA E CIRÚRGICA - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	PACIENTE-DIA	768	2.342.546,94	28.110.563,28
11	SERVIÇO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS	PROCEDIMENTO	1	2.184,88	26.218,56
12	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO	PROCEDIMENTO	28	6.119,76	73.437,12
13	SERVIÇO DE ATENÇÃO MÉDICO DOMICILIAR E CUIDADOS PALIATIVOS (HOME CARE)	DIÁRIA	570	579.152,40	6.949.828,80
Total "Estimativa de Custeio"			32.819	11.661.780,97	139.941.371,64

Quadro 02. Descrição dos Serviços e estimativa de custeio da **UNIDADE II:** Hospital Regional Dr Antônio Fontes ANEXO I - 2025

ITEM	DESCRIÇÃO SERVIÇOS DE ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR - MC & AC	CRITÉRIO	ESTIMATIVA FÍSICO / MENSAL (n)	FINANCEIRO ESTIMADO / MENSAL (R\$)	FINANCEIRO ESTIMADO/ ANUAL (R\$)
1	ÓRTESE, PRÓTESE, MATERIAIS ESPECIAIS (OPME's)/ COMPATIBILIDADE	MATERIAIS	1124	644.882,43	7.738.589,16
2	ÓRTESE, PRÓTESE, MATERIAIS ESPECIAIS (OPME's)/ ALTO CUSTO (25% - Compatibilidade)	MATERIAIS	281	161.220,61	1.934.647,32
3	Diária de 10 (dez) Leito Complementar de UTI Neonatal Tipo II Não Habilitado - Recurso Fonte Estadual - R\$2.000,00/Diária	DIÁRIA	300	600.000,00	7.200.000,00
4	Diária de 10 (dez) Leito Complementar de UTI Pediátrico Tipo II Não Habilitado - Recurso Fonte Estadual - R\$2.000,00/Diária	DIÁRIA	300	600.000,00	7.200.000,00
5	Diárias de 16 (dezesesseis) Leito Complementar de UTI Adulto Tipo II, sendo 10 Habilitados e 6 Não Habilitado - RECURSO FONTE ESTADUAL - R\$2.000,00/Diária	DIÁRIA	480	872.907,00	10.474.884,00
6	10 Leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Adulto (UCI-a)	DIÁRIA	300	125.100,00	1.501.200,00
7	15 Unid. de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo)	DIÁRIA	450	243.000,00	2.916.000,00
8	5 Unid. de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa)	DIÁRIA	150	67.500,00	810.000,00
9	SERVIÇO DE NEFROLOGIA (Sessões de Hemodiálise) em Clínica e UTI Adulto Tipo II	SESSÃO	240	127.396,80	1.528.761,60
10	SERVIÇO DE TRANSPORTE TERRESTRE SUPORTE BÁSICO (TIPO B) E SUPORTE AVANÇADO (TIPO D) KM RODADO	QUILOMETRAGEM RODADA	12750	96.772,50	1.161.270,00
11	ATENÇÃO AMBULATORIAL - MÉDIA COMPLEXIDADE - ATENDIMENTOS, AÇÕES, SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	EXAMES/ ATENDIMENTOS	9008	183.382,21	2.200.586,52
12	ATENÇÃO AMBULATORIAL - ALTA COMPLEXIDADE - ATENDIMENTOS, AÇÕES, SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA	EXAMES/ ATENDIMENTOS	1332	918.797,27	11.025.567,24
13	Modalidade HOSPITAL-DIA/ Cirurgia Ambulatorial	CIRURGIAS/	235	52.223,22	626.678,64



		PROCEDIMENTOS			
14	ATENÇÃO HOSPITALAR - CLÍNICA E CIRÚRGICA - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	PACIENTE-DIA	1297	1.640.486,12	19.685.833,44
15	SERVIÇO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS	PROCEDIMENTO	1	2.184,88	26.218,56
16	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO	PROCEDIMENTO	28	6.119,76	73.437,12
17	SERVIÇO DE ATENÇÃO MÉDICO DOMICILIAR E CUIDADOS PALIATIVOS (HOME CARE)	DIÁRIA	570	579.152,40	6.949.828,80
Total "Estimativa de Custeio"			27.645	6.921.125,20	83.053.502,40

ANEXO III – 3. REQUISITOS CLASSIFICATÓRIOS E SEUS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

3.1. Apresenta-se nos Quadros 1, 2, 3 e 4 deste ANEXO, os **requisitos de natureza classificatória**, contendo as competências a serem avaliadas, as exigências de comprovação documental e a pontuação correspondente.

3.1.1. Para fins de comprovação dos requisitos de avaliação, especialmente quanto à “**Comprovação documental: documento(s) exigido(s)**”, serão considerados:

I. Instrumento jurídico comprobatório: acordo de cooperação técnica, contrato, contrato de gestão, convênio, termos de cooperação, de fomento, de parceria ou outro instrumento jurídico congênere que estabeleça direitos, obrigações e responsabilidades entre as partes, que demonstre o gerenciamento da unidade hospitalar pela OSS no período em que houve certificação/acreditação (ou renovação dessas), ou quanto a período referenciado em atestado de capacidade técnica.

3.1.1.1. O não preenchimento pela OSS da coluna com a indicação da página na qual encontra-se a “**Comprovação documental: documento(s) exigido(s)**”, acarretará na desconsideração do critério de avaliação.

Quadro 01. Detalhamento dos requisitos de avaliação geral da OSS, critérios de avaliação, comprovação documental e pontuação correspondente a cada comprovação.

CADERNO 7 AVALIAÇÃO GERAL DA OSS						
Requisito	Avaliação	Critérios de avaliação	Comprovação documental: documento(s) exigido(s)	Pontuação	Pont. máx.	Coluna para preenchimento pela OSS com a indicação da página na qual encontra-se a “ Comprovação documental: documento(s) exigido(s) ”
1. Isenção de imunidade tributária	Possibilidade de maximização dos recursos repassados à entidade parceira.	1.1. Certificação de entidade beneficente de assistência social (CEBAS Saúde) ou instrumento jurídico com a isenção/benefícios.	1.1.1. Certificado CEBAS - Saúde ou documento que ateste a imunidade ou isenção de contribuições da seguridade social por decisão judicial transitada em julgado ou <i>instrumento jurídico comprobatório</i> (vide 3.1.1., I, deste anexo).	2 pontos	02	exemplo: 1.1.1.: fls. 10, caderno 7
2. Acreditação e certificação	Qualidade do cuidado e segurança para o paciente.	2.1. Acreditação hospitalar reconhecida nacionalmente.	2.1.1. Certificado de acreditação de entidade reconhecida nacionalmente: Organização Nacional de Acreditação Hospitalar (ONA), para unidade própria ou por sua gestão E o <i>instrumento jurídico comprobatório</i> (vide 3.1.1., I, deste anexo).	Acreditação ONA 1: 1 ponto Acreditação ONA 2: 1,5 ponto Acreditação ONA 3: 2 pontos Reconhecido até 02 certificados por nível de acreditação.	09	

		2.2. Acreditação e/ou certificação hospitalar reconhecida internacionalmente.	2.2.1. Certificado de acreditação de entidade reconhecida internacionalmente: Joint Commission International (JICC) ou Canadian Council Healthcare Services Accreditation (CCHSA) ou Qmentum International (QMI), para unidade própria ou por sua gestão E o <i>instrumento jurídico comprobatório</i> (vide 3.1.1., I, deste anexo).	Cada certificado vale 4 pontos. Reconhecido até 02 certificados.	08	
			2.2.2. Certificado de acreditação da Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF), para unidade própria ou por sua gestão E o <i>instrumento jurídico comprobatório</i> (vide 3.1.1., I, deste anexo).	Cada certificado vale 4 pontos. Reconhecido até 02 certificados.	08	
			2.2.3. Certificado da Organização Internacional de Normalização (ISO), para unidade própria ou por sua gestão, de uma ou mais das seguintes normas: ISO 9000; ISO 9001; ISO 45001; ISO 14001 e/ou ISO 31000 , E o <i>instrumento jurídico comprobatório</i> (vide 3.1.1., I, deste anexo).	Cada certificado vale 1 ponto. Reconhecido até 03 certificados.	03	
		2.3. Acreditação na área de saúde digital.	2.3.1. Certificado de acreditação hospitalar em saúde digital: Utilization Review Accreditation Commission (URACH) ou Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS), para unidade própria ou por sua gestão E o <i>instrumento jurídico comprobatório</i> (vide 3.1.1., I, deste anexo).	Cada certificado vale 3 pontos. Reconhecido até 02 certificados.	06	
3. Compliance	Conformidade da OSS às normas legais, regulamentos, políticas e diretrizes das áreas de atuação.	3.1. Utilização de tecnologias inovadoras para a condução de seu Programa de Integridade.	3.1.1. Previsão da incorporação de soluções tecnológicas como aplicativos e softwares para o gerenciamento das queixas e denúncias dos colaboradores, prestadores de serviços e usuários da unidade com transparência.	2 pontos	02	
		3.2. Disponibilização de informações relativas à transparência no menu da página virtual da OSS.	3.2.1. Indicação do <i>link</i> demonstrando a disponibilidade no site da OSS dos contratos de gestão já firmados e outros instrumentos de gestão compartilhada da proponente com órgãos contratantes, como relatórios de comissão de monitoramento/avaliação e outros.	1 ponto	01	

4. Gestão da tecnologia de informação e comunicação	Integração de sistemas de informações para a gestão clínica.	4.1. Comprovação de experiência em operacionalização de sistemas de informações com indicadores de desfecho clínico e preditores de risco.	4.1.1. Atestado de capacidade técnica com a indicação da experiência prévia da proponente na implantação ou na operacionalização do EPIMED SOLUTIONS, TASY/PHILIPS e/ou outro (s) de notório reconhecimento de excelência E o <i>instrumento jurídico comprobatório</i> (vide 3.1.1., I, deste anexo).	Cada atestado vale 1 ponto, reconhecido até 03 experiências, cada uma com período mínimo de 12 meses.	03	
		4.2. Comprovação de experiência em classificação e codificação de pacientes hospitalizados utilizando a metodologia Diagnosis Related Groups (DRG).	4.2.1. Atestado de capacidade técnica com a indicação da experiência prévia na metodologia DRG E o <i>instrumento jurídico comprobatório</i> (vide 3.1.1., I, deste anexo).	Atestado de período mínimo de experiência de 12 meses ininterruptos: 3 pontos; Atestado de período mínimo de experiência de 24 meses ininterruptos: 6 pontos.	06	
5. Gestão do cuidado	Qualificação do cuidado e segurança do paciente.	5.1. Comprovada experiência em prestação de serviços de saúde digital no suporte às decisões clínicas (telemedicina/telessaúde/telediagnóstico/telerregulação).	5.1.1. Atestado de capacidade técnica emitido por contratante que indique a experiência prévia da proponente na gestão da saúde digital E o <i>instrumento jurídico comprobatório</i> (vide 3.1.1., I, deste anexo).	Cada atestado vale 0,5 ponto. Reconhecido até 04 atestados cada um com período mínimo de 12 meses.	02	
		5.2. Comprovada experiência na modalidade de assistência Hospital-dia.	5.2.1. Atestado de capacidade técnica emitido por contratante que indique a experiência prévia da proponente na modalidade assistencial hospital-dia E o <i>instrumento jurídico comprobatório</i> (vide 3.1.1., I, deste anexo) E a publicação da habilitação do hospital pelo Ministério da Saúde, no atendimento da Portaria n.º 44, de 10 de janeiro de 2001.	Cada habilitação de unidade hospitalar vale 1 ponto. Reconhecido até 3 habilitações.	03	

Quadro 02. Detalhamento dos requisitos de avaliação da proposta de trabalho da Unidade I: Hospital Regional Dr. Antônio Fontes (CNES 2534460): critérios de avaliação, comprovação documental e pontuação correspondente a cada comprovação.

CADERNO 5 PROPOSTA DE TRABALHO - UNIDADE I HOSPITAL REGIONAL DR. ANTÔNIO FONTES (CNES 2534460)						
Requisito	Avaliação	Critério	Comprovação documental: documento(s) exigido(s)	Pontuação	Pont. máx.	Coluna para preenchimento pela OSS com a indicação da página na qual encontra-se a "Comprovação documental: documento(s) exigido(s)"
1. Estrutura da proposta de trabalho	Desenvolvimento dos objetivos e metodologia	1.1. Fase inicial da proposta de trabalho.	1.1.1. Viabilizou as ações propostas: a. identificou os problemas? b. apresentou os objetivos? c. demonstrou a necessidade das intervenções? d. previu riscos? e. identificou as fortalezas e desafios?	0,25 ponto atendimento alínea a.; 0,25 ponto atendimento alínea b.; 0,25 ponto atendimento alínea c.; 0,5 ponto atendimento alínea d.; 0,5 ponto atendimento alínea e.	1,75	exemplo: 1.1.1., alínea a.: fls. 10 a fls. 30, caderno 5
			1.1.2. Estabeleceu estratégias para a transição das modalidades de gestão e inclusão da nova equipe de trabalho: a. considerou os aspectos da comunicação institucional? b. previu estratégias para a prevenção de soluções de continuidade na prestação dos serviços?	0,5 ponto atendimento alínea a.; 0,5 ponto atendimento alínea b.;	01	
		1.2. Planejamento da proposta de trabalho.	1.2.1. Elaborou a proposta de trabalho com visão global, apresentando os elementos e recursos necessários, planejando cada etapa do gerenciamento com sequência cronológica: a. discriminou o que será feito (ações e serviços)? b. detalhou como será feito (método, fases e etapas da execução)? c. relacionou em que tempo será feito (cronograma de execução)?	0,5 ponto atendimento alínea a.; 0,5 ponto atendimento alínea b.; 0,5 ponto atendimento alínea c.	1,5	

		1.3. Execução da proposta de trabalho.	1.3.1. Construiu o organograma e lotacionograma da equipe de trabalho e previu os recursos materiais necessários à execução direta dos serviços: a. definiu quem faz o quê? b. detalhou com que recursos? c. apresentou os prazos de execução?	0,5 ponto atendimento alínea a.; 0,5 ponto atendimento alínea b.; 0,5 ponto atendimento alínea c.	1,5	
		1.4. Monitoramento e controle da proposta de trabalho.	1.4.1. Explicou como se dará o acompanhamento do desempenho do projeto/proposta: a. apresentou o plano de monitoramento das metas e entregas? b. propôs o uso de recursos tecnológicos e metodologias para monitoramento e controle dos riscos em tempo real? c. apresentou os mecanismos que serão adotados para ajustes e correções de processos em tempo oportuno?	0,5 ponto atendimento alínea a.; 1 ponto atendimento alínea b.; 1 ponto atendimento alínea c.	2,5	
		1.5. Encerramento da proposta de trabalho.	1.5.1. Previu o anúncio da finalização das ações e serviços sob sua responsabilidade? 1.5.2. Previu a entrega de cada processo finalizado, por meio de relatório documentado e aprovado pela contratante? 1.5.3. Previu a proteção dos dados/informações de interesse ao poder público e a disponibilidade para consultas de auditoria interna/externa? 1.5.4. Previu a organização dos processos de arquivamento de todas as ações produzidas e documentadas? 1.5.5. Previu a transferência de conhecimentos, de modo a garantir a continuidade das ações e serviços? 1.5.6. Previu a normalização de todos os processos de informação e comunicação corporativa?	0,25 ponto por item atendido	1,5	
2. Inovação	Iniciativa e criatividade ao propor possibilidades à gestão da Unidade I.	2.1. Proposição de serviço não previsto no edital e seus anexos, compatível com o perfil da unidade.	2.1.1. Propôs a incorporação de novo serviço que agrega valor ao projeto, apresentando referencial teórico pautado em evidências para a sustentação da tomada de decisão? 2.1.2. Ponderou cada um dos requisitos elencados na proposição?	1 ponto por item atendido	02	

3. Integração com a rede de atenção à saúde - RAS	Resposta às necessidades locais de saúde.	3.1. Compreensão do perfil de usuários da Unidade I.	3.1.1. Apresentou estudo do perfil socioeconômico e epidemiológico dos usuários que acessam a unidade de saúde?	1 ponto	01	
		3.2. Organização dos fluxos da atenção e regulação da Unidade I.	3.2.1. Organizou o acesso às linhas de cuidado prioritárias da Unidade I, considerando os serviços/pontos de atenção da RAS local?	1 ponto	01	
		3.3. Dinâmica de operacionalização do Núcleo Interno de Regulação (NIR)	3.3.1. Previu a implantação do NIR: a. situou o NIR na estrutura do organograma? b. previu o lotacionograma com dimensionamento de pessoal? c. ajustou a sistemática de trabalho de acordo com as especificidades da região de saúde e da Unidade I?	0,25 ponto atendimento alínea a.; 0,25 ponto atendimento alínea b.; 0,5 ponto atendimento alínea c.	01	
4. Integralidade do cuidado	Compartilhamento do cuidado e atenção à saúde das pessoas com condições crônicas.	4.1. Ampliação do acesso aos serviços de atenção ambulatorial especializada com ênfase na reabilitação à saúde das pessoas com condições crônicas.	4.1.1. Previu a adequação do espaço físico e fluxos da atenção na proposta de implantação do serviço de reabilitação ortopédica na unidade?	1 ponto	01	
			4.1.2. Previu implantação de oficina ortopédica de referência regional: a. previu a produção de órteses, sapataria e outros cuidados relacionados às neuropatias periféricas de pessoas com pés diabéticos? b. previu produção de órteses, sapataria e outros cuidados relacionados às neuropatias periféricas de pessoas com hanseníase? c. previu a organização dos fluxos de atenção e regulação do acesso aos serviços a partir da Atenção Primária?	0,5 ponto atendimento alínea a.; 0,5 ponto atendimento alínea b.; 0,5 ponto atendimento alínea c.	1,5	
			4.1.3. Considerou a ampliação do acesso aos serviços de saúde para os pacientes externos, enquanto Hospital Regional de Referência Estadual: a. indicou estratégias e custos para a ampliação da oferta do SADT, otimizando os recursos do parque tecnológico? b. previu a ampliação do acesso a consultas médicas para pacientes externos, no ambulatório de atenção especializada?	0,5 ponto atendimento alínea a.; 0,5 ponto atendimento alínea b.; 0,5 ponto atendimento alínea c.; 1 ponto atendimento alínea d.; 1 ponto atendimento alínea e.	1,5	

			c. previu a ampliação da capacidade ambulatorial para diagnóstico por imagem (ultra som, endoscopia, colonoscopia, CPRE, entre outros); d. propôs o atendimento em horário estendido e outras possíveis estratégias para a ampliação do acesso aos serviços de diagnóstico e terapêutica de caráter ambulatorial, voltados aos pacientes externos? e. entregou os respectivos fluxos de regulação dos serviços propostos, regionalizados e integrados ao NIR, configurando a Unidade I como referência em atenção ambulatorial especializada para a macrorregião Oeste?			
		4.2. Desenvolvimento de proposta integrada para a atenção domiciliar.	4.2.1. Previu os recursos necessários, à luz da legislação e normativas aplicáveis: a. para que seja implantada na Unidade I o serviço de referência regional em atenção domiciliar? b. detalhou como se dará a articulação com a Atenção Primária? c. detalhou como se dará a articulação com a Rede de Urgência e Emergência/RUE?	0,25 ponto atendimento alínea a.; 0,5 ponto atendimento alínea b.; 0,5 ponto atendimento alínea c.	1,25	
		4.3. Desenvolvimento de proposta integrada para a atenção em cuidados paliativos.	4.3.1. Previu os recursos necessários, à luz da legislação e normativas aplicáveis: a. para que Unidade I implante o serviço de cuidados paliativos? b. para integração conjunta com a clínica da dor?	0,5 ponto atendimento alínea a.; 0,5 ponto atendimento alínea b.	01	
		4.4. Desenvolvimento de proposta integrada para a atenção em saúde mental.	4.4.1. Previu a adequação do espaço físico e ambiência para viabilizar a oferta de 08 leitos de internação em saúde mental de adultos?	2 pontos	02	
		4.5. Qualidade no cuidado e segurança do paciente no uso de OPME.	4.5.1. Previu a implantação de protocolos clínicos e de segurança para o uso de OPME?	1 ponto	01	

5. Qualificação do cuidado	Programação da alta segura	5.1. Instituição do time de desospitalização.	5.1.1. Previu a estrutura de pessoal e dinâmica de trabalho da equipe multiprofissional de desospitalização: a. dimensionou a equipe no organograma e no lotacionograma? b. integrou o Serviço Social? c. propôs a implantação de protocolo clínico para a alta segura? d. explicou como se dará a comunicação com a Atenção Primária para seguimento do cuidado?	0,25 ponto atendimento alínea a.; 0,25 ponto atendimento alínea b.; 0,5 ponto atendimento alínea c.; 0,5 ponto atendimento alínea d.	1,5	
	Gerenciamento de leitos	5.2. Utilização do método Kanban.	5.2.1. Previu a incorporação do método KANBAN: a. para o monitoramento diário do tempo de internação decorrido em detrimento do tempo estimado? b. para o registro das providências pendentes, relacionadas ao diagnóstico e tratamento do paciente? c. com a implantação de quadros ou painéis digitais visíveis aos profissionais, pacientes e familiares?	1 ponto atendimento alínea a.; 0,5 ponto atendimento alínea b.; 0,5 ponto atendimento alínea c.	02	
6. Parque de equipamentos médico-hospitalares	Gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares	6.1. Seleção das tecnologias necessárias para a ampliação do parque de equipamentos médico-hospitalares.	6.1.1. Previu a aquisição de novos equipamentos de diagnóstico e/ou tratamento clínico e cirúrgico (intervenções) com apresentação do estudo de demanda e considerando economia de escala, nas linhas de cuidado prioritárias: a. intervenções na área cardiovascular? b. intervenções na área de neurologia e/ou neurocirurgia? c. intervenções na área de hemodinâmica? d. intervenções na área de ortopedia e traumatologia? e. diagnóstico e tratamento do câncer do colo de útero? f. diagnóstico e tratamento do câncer de mama? g. diagnóstico e tratamento do câncer de próstata?	0,5 ponto atendimento alínea a.; 0,5 ponto atendimento alínea b.; 0,5 ponto atendimento alínea c.; 0,5 ponto atendimento alínea d.; 0,5 ponto atendimento alínea e.; 0,5 ponto atendimento alínea f.; 0,5 ponto atendimento alínea g.	3,5	
		6.2. Confiabilidade dos exames.	6.2.1. Apresentou o plano de manutenção preventiva do parque de equipamentos médico-hospitalares, assinado por responsável técnico?	1 ponto	01	

		6.3. Qualidade e segurança do plano de contingência.	6.3.1. Previu plano de contingência: a. detalhou o mapeamento dos riscos da unidade? b. construiu soluções para impedir a indisponibilidade de equipamentos?	1 ponto atendimento alínea a.; 1 ponto atendimento alínea b.	02	
7. Gestão de tecnologia da informação e comunicação	Integração e transição dos sistemas de informação.	7.1. Implantação da metodologia Diagnosis Related Groups (DRG).	7.1.1. Viabilizou a utilização da metodologia DRG: a. procedeu levantamento analítico dos requisitos tecnológicos e operacionais necessários à implantação? b. indicou a(s) estratégia (s) de incorporação e treinamento de pessoal para a classificação DRG?	1 ponto atendimento alínea a.; 1 ponto atendimento alínea b.	02	
		7.2. Integração dos sistemas de informação	7.2.1. Previu a integração de sistemas de informação do parque tecnológico da unidade: a. alinhou a operacionalização DRG aos sistemas de informação previstos para a unidade? b. detalhou como irá desenvolver o monitoramento das metas administrativas, financeiras e assistenciais com a utilização dos recursos tecnológicos?	1 ponto atendimento alínea a.; 2 pontos atendimento alínea b.	03	
8. Gestão dos recursos terapêuticos	Gerenciamento de insumos	8.1. Instituição de boas práticas relacionadas à utilização de OPME.	8.1.1. Previu implantação de procedimentos operacionais: a. para fluxo de solicitação fora da oferta disponível na unidade? b. para fluxos de aquisição? c. para fluxos de recebimento e armazenagem? d. para normatização e controle da dispensação?	0,5 ponto atendimento alínea a.; 0,5 ponto atendimento alínea b.; 0,5 ponto atendimento alínea c.; 0,5 ponto atendimento alínea d.	02	
9. Gestão por resultados	Monitoramento, controle e avaliação.	9.1. Implantação de metodologia de monitoramento das metas contratuais e aprimoramento de processos.	9.1.1. Estabeleceu a metodologia que será aplicada: a. no monitoramento das metas contratuais? b. na aplicação das medidas corretivas de desempenho?	1 ponto atendimento alínea a.; 1 ponto atendimento alínea b.	02	

Quadro 03. Detalhamento dos requisitos de avaliação da proposta de trabalho da Unidade II: Hospital Regional Dr. Antonio Fontes - Anexo I (CNES 2534460): critérios de avaliação, comprovação documental e pontuação correspondente a cada comprovação.

CADERNO 6 PROPOSTA DE TRABALHO - UNIDADE II HOSPITAL REGIONAL DR. ANTÔNIO FONTES - ANEXO I (CNES 2395037)						
Requisito	Avaliação	Critério	Comprovação documental: documento(s) exigido(s)	Pontuação	Pont. máx.	Coluna para preenchimento pela OSS com a indicação da página na qual encontra-se a "Comprovação documental: documento(s) exigido(s)"
1. Estrutura da proposta de trabalho	Desenvolvimento dos objetivos e metodologia	1.1. Fase inicial da proposta de trabalho.	1.1.1. Viabilizou as ações propostas: a. identificou os problemas? b. apresentou os objetivos? c. demonstrou a necessidade das intervenções? d. previu riscos? e. identificou as fortalezas e desafios?	0,25 ponto atendimento alínea a.; 0,25 ponto atendimento alínea b.; 0,25 ponto atendimento alínea c.; 0,5 ponto atendimento alínea d.; 0,5 ponto atendimento alínea e.	1,75	exemplo: 1.1.1., alínea a.: fls. 10 a fls. 30, caderno 6
			1.1.2. Estabeleceu estratégias para a transição das modalidades de gestão e inclusão da nova equipe de trabalho: a. considerou os aspectos da comunicação institucional? b. previu estratégias para a prevenção de soluções de continuidade na prestação dos serviços?	0,5 ponto atendimento alínea a.; 0,5 ponto atendimento alínea b.	01	
		1.2. Planejamento da proposta de trabalho.	1.2.1. Elaborou a proposta de trabalho com visão global, apresentando os elementos e recursos necessários, planejando cada etapa do gerenciamento com sequência cronológica: a. discriminou o que será feito (ações e serviços)? b. detalhou como será feito (método, fases e etapas da execução)? c. relacionou em que tempo será feito (cronograma de execução)?	0,5 ponto atendimento alínea a.; 0,5 ponto atendimento alínea b.; 0,5 ponto atendimento alínea c.	1,5	
		1.3. Execução da proposta de trabalho.	1.3.1. Construiu o organograma e lotacionograma da equipe de trabalho e previu os recursos materiais necessários à execução direta dos serviços: a. definiu quem faz o quê?	0,5 ponto atendimento alínea a.; 0,5 ponto atendimento alínea b.; 0,5 ponto atendimento alínea c.	1,5	

			b. detalhou com que recursos? c. apresentou os prazos de execução?			
		1.4. Monitoramento e controle da proposta de trabalho.	1.4.1. Explicou como se dará o acompanhamento do desempenho do projeto/proposta: a. apresentou o plano de monitoramento das metas e entregas? b. propôs o uso de recursos tecnológicos e metodologias para monitoramento e controle dos riscos em tempo real? c. apresentou os mecanismos que serão adotados para ajustes e correções de processos em tempo oportuno?	0,5 ponto atendimento alínea a.; 1 ponto atendimento alínea b.; 1 ponto atendimento alínea c.	2,5	
		1.5. Encerramento da proposta de trabalho.	1.5.1. Previu o anúncio da finalização das ações e serviços sob sua responsabilidade? 1.5.2. Previu a entrega de cada processo finalizado, por meio de relatório documentado e aprovado pela contratante? 1.5.3. Previu a proteção dos dados e informações de interesse ao poder público, estando disponível para consultas de órgãos de auditoria interna e externa? 1.5.4. Previu a organização dos processos de arquivamento de todas as ações produzidas e documentadas? 1.5.5. Previu a transferência de conhecimentos, de modo a garantir a continuidade das ações e serviços? 1.5.6. Previu a normalização de todos os processos de informação e comunicação corporativa?	0,25 ponto por item atendido	1,5	
2. Inovação	Iniciativa e criatividade ao propor possibilidades para a gestão da Unidade I.	2.1. Proposição de serviço não previsto no edital e seus anexos, compatível com o perfil da unidade.	2.1.1. Propôs a incorporação de novo serviço que agrega valor ao projeto, baseado em referencial teórico pautado em evidências para a sustentação da tomada de decisão? 2.1.2. Ponderou cada um dos requisitos elencados na proposição?	1 ponto por item atendido	02	
3. Integração com a rede de atenção à saúde - RAS	Resposta às necessidades locais de saúde.	3.1. Compreensão do perfil de usuários da Unidade II.	3.1.1. Apresentou estudo do perfil socioeconômico e epidemiológico dos usuários que acessam a unidade de saúde?	1 ponto	01	

		3.2. Organização dos fluxos da atenção e regulação da Unidade II.	3.2.1. Organizou o acesso às linhas de cuidado prioritárias da Unidade I, considerando os serviços/pontos de atenção da RAS local?	2 pontos	02	
		3.3. Dinâmica de operacionalização do Núcleo Interno de Regulação (NIR)	3.3.1. Previu a implantação do NIR: a. situou o NIR na estrutura do organograma? b. previu o lotacionograma com dimensionamento de pessoal? c. ajustou a sistemática de trabalho de acordo com as especificidades da região de saúde e Unidade II?	0,25 ponto atendimento alínea a.; 0,25 ponto atendimento alínea b.; 1 ponto atendimento alínea c.	1,5	
4. Integralidade do cuidado	Planejamento integrado das ações e serviços de saúde voltados à atenção materno infantil de nível primário, secundário e terciário	4.1. Estruturação dos serviços de atenção ambulatorial especializada.	4.1.1. Ajustou o cumprimento das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano para a manutenção e implementação do banco de leite humano da Unidade II?	1 ponto	1,0	
			4.1.2. Previu a estrutura e dimensionamento de pessoal da equipe multiprofissional para a implantação do ambulatório de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos bebês prematuros (ambulatório "Follow Up")?	2,5 ponto	2,5	
			4.1.3. Previu a incorporação de projetos sociais como recurso terapêutico no apoio à gestação, parto, pós parto e amamentação?	2 pontos	2,0	
		4.2. Qualidade do cuidado nos serviços de atenção ao parto de alto risco	4.2.1. Previu a implementação das ações e serviços de UTI, a partir de estudo da demanda de alto risco da Unidade II: a. previu ampliação dos serviços de UTI, para o acompanhamento dos partos de alto risco? b. previu a retaguarda de suporte para os nascituros de parto de alto risco? c. previu a implementação dos cuidados multiprofissionais no pós-parto de alto risco? d. previu a incorporação de tecnologias leves, na forma de projetos de humanização?	0,5 ponto atendimento alínea a.; 0,25 ponto atendimento alínea b.; 1 ponto atendimento alínea c.; 1 ponto atendimento alínea d.	2,75	
		4.3. Qualidade no cuidado e segurança do paciente no uso de OPME.	4.3.1. Previu a implantação de protocolos clínicos e de segurança para o uso de OPME?	2 pontos	02	

		4.4. Desenvolvimento de proposta integrada para a atenção domiciliar.	4.4.1. Previu os recursos necessários, à luz da legislação e normativas aplicáveis: a. para que seja implantado na Unidade II o serviço de referência regional de atenção domiciliar? b. detalhou como se dará a articulação com a Atenção Primária? c. detalhou como se dará a articulação com a Rede de Urgência e Emergência/RUE? d. detalhou como se dará a articulação com a Rede Alyne?	1 ponto atendimento alínea a.; 0,25 ponto atendimento alínea b.; 0,25 ponto atendimento alínea c.; 0,25 ponto atendimento alínea d.	1,75	
		4.5. Implantação da Rede Alyne	4.5.1. Previu a implementação das ações e serviços da atenção materno infantil na Unidade II, conforme legislação aplicada e componentes da Rede Alyne, indicando os recursos humanos e materiais necessários: a. para a atenção ao parto de risco habitual? b. para o alojamento conjunto mãe-bebê? c. para a triagem neonatal? d. para a vacinação ao nascer? e. para a oferta de consultas médicas e de enfermagem pré e pós parto? f. para a atenção ao puerpério? g. para assegurar a retaguarda de leitos complementares?	1 ponto atendimento alínea a.; 0,25 ponto atendimento alínea b.; 0,25 ponto atendimento alínea c.; 0,25 ponto atendimento alínea d.; 0,5 ponto atendimento alínea e.; 0,5 ponto atendimento alínea f.; 0,5 ponto atendimento alínea g.	3,25	
			4.5.2. Previu o desenvolvimento de ações ou projetos com ênfase em tecnologias leves para suporte emocional e melhor prognóstico: a. implantação do método Canguru? b. grupos de apoio psicossocial? c. grupos educacionais de incentivo ao parto natural? d. incentivo ao uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto? e. incentivo ao protagonismo do (a) acompanhante?	0,5 ponto atendimento alínea a.; 1 ponto atendimento alínea b.; 0,5 ponto atendimento alínea c.; 0,5 ponto atendimento alínea d.; 1 ponto atendimento alínea e.	3,5	

5. Qualificação do cuidado	Gerenciamento de leitos	5.1. Utilização do método Kanban	5.1.1. Previu a incorporação do método KANBAN: a. para o monitoramento diário do tempo de internação decorrido em detrimento do tempo estimado? b. para o registro das providências pendentes, relacionadas ao diagnóstico e tratamento do paciente ? c. com a implantação de quadros ou painéis digitais visíveis aos profissionais, pacientes e familiares?	1 ponto atendimento alínea a.; 0,5 ponto atendimento alínea b.; 1 ponto atendimento alínea c.	2,5	
	Programação da alta segura	5.2. Instituição do time de desospitalização.	5.2.1. Previu a estrutura de pessoal e dinâmica de trabalho da equipe multiprofissional de desospitalização: a. dimensionou a equipe no organograma e lotacionograma institucional? b. integrou o Serviço Social? c. propôs a implantação de protocolo clínico para a alta segura? d. explicou como se dará a comunicação com a Atenção Primária para seguimento do cuidado?	0,25 ponto atendimento alínea a.; 0,25 ponto atendimento alínea b.; 0,5 ponto atendimento alínea c.; 0,5 ponto atendimento alínea d.	1,5	
6. Parque de equipamentos médico-hospitalares	Gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares	6.1. Seleção das tecnologias necessárias para a ampliação do parque de equipamentos médico-hospitalares.	6.1.1. Previu a aquisição de novos equipamentos de diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico (intervenções), considerando estudo de demanda e economia de escala: a. intervenções de ginecologia? b. intervenções de obstetrícia? c. serviços de hemodinâmica adulto? d. intervenções de ortopedia adulto? e. intervenções de cardiologia adulto? f. intervenções de pediatria? g. intervenções de ortopedia pediátrica? h. intervenções de cardiologia pediátrica?	0,25 ponto atendimento alínea a.; 0,25 ponto atendimento alínea b.; 0,5 ponto atendimento alínea c.; 0,5 ponto atendimento alínea d.; 0,5 ponto atendimento alínea e.; 0,5 ponto atendimento alínea f.; 0,5 ponto atendimento alínea g.; 0,5 ponto atendimento alínea h.	3,5	
7. Gestão de tecnologia da informação e comunicação	Integração e transição dos sistemas de informação	7.1. Implantação da metodologia Diagnosis Related Groups (DRG).	7.1.1. Viabilizou a utilização da metodologia DRG: a. procedeu levantamento analítico dos requisitos tecnológicos e operacionais necessários à implantação? b. indicou a(s) estratégia (s) de incorporação e treinamento de pessoal para a classificação DRG?	1 ponto atendimento alínea a.; 1 ponto atendimento alínea b.	02	

		7.2. Integração dos sistemas de informação	7.2.1. Previu a integração de sistemas de informação do parque tecnológico da unidade: a. alinhou a operacionalização DRG aos sistemas de informação previstos para a unidade? b. detalhou como irá desenvolver o monitoramento das metas administrativas, financeiras e assistenciais com a utilização dos recursos tecnológicos?	1 ponto atendimento alínea a.; 1 ponto atendimento alínea b.	02	
8. Gestão dos recursos terapêuticos	Gerenciamento de insumos	8.1. Instituição de boas práticas relacionadas à utilização de OPME.	8.1.1. Previu implantação de procedimentos operacionais: a. para fluxo de solicitação fora da oferta disponível na unidade? b. para fluxos de aquisição? c. para fluxos de recebimento e armazenagem? d. para normatização e controle da dispensação?	0,5 ponto atendimento alínea a.; 0,5 ponto atendimento alínea b.; 0,5 ponto atendimento alínea c.; 0,5 ponto atendimento alínea d.	02	
9. Gestão por resultados	Monitoramento, controle e avaliação.	9.1. Implantação de metodologia de monitoramento das metas contratuais e aprimoramento de processos.	9.1.1. Estabeleceu a metodologia que será aplicada: a. no monitoramento das metas contratuais? b. na aplicação das medidas corretivas de desempenho?	1 ponto atendimento alínea a.; 1 ponto atendimento alínea b.	02	

Quadro 04. Detalhamento dos requisitos e indicadores de avaliação que serão utilizados para a compreensão global das propostas de trabalho das Unidades I e II/Anexo I, integrantes do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes, utilizando-se de abordagem qualitativa.

MATRIZ DE AVALIAÇÃO GLOBAL DA PROPOSTA DE TRABALHO - ABORDAGEM QUALITATIVA				
REQUISITO	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	PONT. MÁX.	ANÁLISE GLOBAL CADERNO 5 PROPOSTA DE TRABALHO UNIDADE I	ANÁLISE GLOBAL CADERNO 6 PROPOSTA DE TRABALHO UNIDADE II
1. Ambiência	Avalia se a proposta de trabalho propôs fluxos organizacionais eficientes, reduzindo desperdícios de tempo/recursos e facilitando os processos de trabalho, maximizando a segurança e a experiência do paciente e dos profissionais. 1. Adequação à estrutura física e à capacidade operacional da unidade: considerou e otimizou o layout da unidade, garantindo acessibilidade, minimização de deslocamentos e conformidade com normas sanitárias e de segurança hospitalar, respeitando a capacidade instalada da unidade e evitando sobrecarga de setores? 2. Integração das áreas assistenciais, administrativas e financeiras: propôs soluções para melhorar a interação entre setores, otimizando logística de insumos, eficiência de processos internos e experiência do paciente? 3. Personalização dos fluxos assistenciais: considerou as especificidades do hospital, como perfil epidemiológico, especialidades disponíveis, fluxo regional de encaminhamentos e demandas sazonais?	até 6 pontos		
2. Eficiência e produtividade	Avalia se a proposta de trabalho apresentou estratégias e ferramentas para otimizar a utilização dos recursos humanos, estruturais e financeiros, garantindo eficiência operacional. 1. Aplicação de metodologias gerenciais e normativas: fundamentou as estratégias adotadas em metodologias reconhecidas e normativas técnicas que asseguram maior eficiência nos processos e qualidade assistencial? 2. Ações vinculadas a metas e indicadores de desempenho: incluiu objetivos mensuráveis e indicadores para acompanhamento dos resultados em produtividade, qualidade assistencial e eficiência operacional? 3. Maximização dos recursos existentes: apresentou medidas concretas para melhorar o aproveitamento da infraestrutura e dos serviços disponíveis, reduzindo desperdícios e custos? 4. Uso de ferramentas de comunicação para gestão: empregou elementos visuais, dashboards, fluxogramas ou esquemas de processos para facilitar a compreensão e a gestão das ações?	até 8 pontos		

3. Gestão financeira	Avalia a transparência, a consistência e a rastreabilidade da metodologia de custeio adotada, garantindo a viabilidade financeira da proposta de trabalho. 1. Descrição detalhada dos custos: apresentou a discriminação dos custos diretos (materiais, medicamentos, remuneração de profissionais, infraestrutura) e indiretos (manutenção, custos administrativos, depreciação de equipamentos)? 2. Justificativa dos valores e memória de cálculo: fundamentou as estimativas financeiras em metodologias justificadas, permitindo auditoria e rastreabilidade? 3. Integração entre orçamento e execução: alinhou o detalhamento financeiro às estratégias propostas, garantindo que as ações sejam viáveis e sustentáveis a longo prazo?	até 6 pontos		
4. Inovação	Avalia a capacidade da proposta de trabalho em introduzir melhorias disruptivas e práticas inovadoras. 1. Proposição de novas ideias, serviços ou métodos inovadores: sugeriu soluções diferenciadas dos modelos tradicionais, com potencial para melhorar processos assistenciais, administrativos ou financeiros? 2. Análise de desafios e viabilidade de implementação: foram identificadas as principais barreiras culturais, estruturais e financeiras para adoção das inovações? 3. Planejamento da incorporação tecnológica: detalhou quais tecnologias serão implementadas, os custos envolvidos e o impacto esperado na eficiência e qualidade dos serviços? 4. Alinhamento com princípios do SUS e diretrizes institucionais: as inovações convergem para os princípios da universalidade, integralidade e equidade, além de estarem alinhadas aos objetivos estratégicos da unidade e da gestão contratante?	até 8 pontos		
5. Estrutura, organização e clareza	Avalia se a proposta de trabalho seguiu uma organização lógica, cumprindo integralmente os requisitos exigidos no edital e se houve esforço para facilitar a análise técnica com transparência e coerência no desencadeamento das ideias e propósitos. 1. Cumprimento dos requisitos e itens obrigatórios: atendeu integralmente a todos os tópicos exigidos no edital, apresentando as informações de maneira clara e completa? 2. Coerência e encadeamento lógico: sistematizou o conteúdo de forma sequencial e lógica, garantindo fluidez na leitura e permitindo que as conexões entre os temas fossem facilmente compreendidas? 3. Clareza e objetividade na redação: o texto foi escrito de forma concisa, sem ambiguidades ou excesso de informações, favorecendo a interpretação correta das propostas? 4. Uso adequado de formatação e elementos visuais: formatou toda a proposta de modo a facilitar a leitura (títulos, subtítulos, espaçamento adequado, sumário) e fez uso de gráficos, tabelas e esquemas, tornando as informações mais acessíveis? 5. Consistência e padronização terminológica: utilizou uma linguagem técnica padronizada, sem contradições ou variações conceituais ao longo do texto, garantindo uniformidade na apresentação?	até 5 pontos		

ANEXO IV – 4. ESTIMATIVA DE TETO DE VALOR DE CUSTEIO, INVESTIMENTO E RESERVA LEGAL

A previsão de receitas voltadas à execução das atividades e projetos será oriunda da fonte estadual para os serviços que não são credenciados/habilitados e fonte federal para os serviços credenciados/habilitados, conforme demonstrativo financeiro apresentado por unidade (quadros 1 e 2), considerando a previsão estimada de despesas para cada unidade hospitalar.

UNIDADE I: Hospital Regional Dr Antônio Fontes**Quadro 01. Descrição dos serviços, estimativa de custeio mensal e anual. UNIDADE I: Hospital Regional Dr Antônio Fontes**

Item	Serviços de atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade	Critério	Financeiro estimado mensal (R\$)	Financeiro estimado anual (R\$)
1	Órtese, prótese, materiais especiais (OPMEs)/ compatibilidade.	materiais	3.355.177,98	40.262.135,76
2	Órtese, prótese, materiais especiais (OPMEs)/ alto custo (25% - compatibilidade).	materiais	838.794,49	10.065.533,88
3	20 leitos complementares de UTI adulto tipo II sendo 6 habilitados - recurso fonte federal R\$ 600,00 e recurso fonte estadual R\$1.109,69 e 14 não habilitados - recurso fonte estadual - R\$2.000,00/diária.	diárias	1.147.744,20	13.772.930,40
4	10 leitos de unidade de cuidado intermediário adulto (UCI-a).	diárias	125.100,00	1.501.200,00
5	Serviço de nefrologia (sessões de hemodiálise) em clínica e UTI adulto tipo II.	sessão	127.396,80	1.528.761,60
6	Serviço de transporte terrestre suporte básico (tipo b) e suporte avançado (tipo d) km rodado.	quilometragem rodada	1.250.010,00	15.000.120,00
7	Atenção ambulatorial - média complexidade - atendimentos, ações, serviços e procedimentos com finalidade diagnóstica.	exames/ atendimentos	627.180,10	7.526.161,20
8	Atenção ambulatorial - alta complexidade - atendimentos, ações, serviços e procedimentos com finalidade diagnóstica.	exames/ atendimentos	1.183.795,54	14.205.546,48
9	Modalidade hospital-dia/ cirurgia ambulatorial.	cirurgias/ procedimentos	76.577,88	918.934,56
10	Serviço de atenção hospitalar - clínica e cirúrgica - média e alta complexidade.	paciente-dia	2.342.546,94	28.110.563,28
11	Serviço de captação de órgãos.	procedimento	2.184,88	26.218,56
12	Serviço de verificação de óbito.	procedimento	6.119,76	73.437,12
13	Serviço de atenção médico domiciliar e cuidados paliativos (home care).	diária	579.152,40	6.949.828,80
Total			11.661.780,97	139.941.371,64

UNIDADE II: Hospital Regional Dr Antonio Fontes Anexo I

Quadro 02. Descrição dos serviços, estimativa de custeio mensal e anual. UNIDADE II: Hospital Regional Dr Antonio Fontes - ANEXO I

Item	Serviços de atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade	Critério	Financeiro estimado / mensal (R\$)	Financeiro estimado/ anual (R\$)
1	Órtese, prótese, materiais especiais (OPMEs)/ compatibilidade.	materiais	644.882,43	7.738.589,16
2	Órtese, prótese, materiais especiais (OPMEs)/ alto custo (25% - compatibilidade).	materiais	161.220,61	1.934.647,32
3	10 (dez) leitos complementares de UTI neonatal tipo II não habilitado - recurso fonte estadual - R\$2.000,00/diária.	diária	600.000,00	7.200.000,00
4	10 (dez) leitos complementares de UTI pediátrica tipo II não habilitado - recurso fonte estadual - R\$2.000,00/diária.	diária	600.000,00	7.200.000,00
5	16 (dezesesseis) leitos complementares de UTI adulto tipo II, sendo 10 habilitados - recurso fonte federal R\$ 600,00 e 6 não habilitados - recurso fonte estadual - R\$2.000,00/diária.	diária	872.907,00	10.474.884,00
6	10 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário adulto (UCI-a).	diária	125.100,00	1.501.200,00
7	15 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCO).	diária	243.000,00	2.916.000,00
8	5 leitos de Unidades de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCA)	diária	67.500,00	810.000,00
9	Serviço de nefrologia (sessões de hemodiálise) em clínica e uti adulto tipo II.	sessão	127.396,80	1.528.761,60
10	Serviço de transporte terrestre suporte básico (tipo b) e suporte avançado (tipo d) km rodado.	quilometragem rodada	96.772,50	1.161.270,00
11	Atenção ambulatorial - média complexidade - atendimentos, ações, serviços e procedimentos com finalidade diagnóstica.	exames/ atendimentos	183.382,21	2.200.586,52
12	Atenção ambulatorial - alta complexidade - atendimentos, ações, serviços e procedimentos com finalidade diagnóstica.	exames/ atendimentos	918.797,27	11.025.567,24
13	Modalidade hospital-dia/ cirurgia ambulatorial.	cirurgias/ procedimentos	52.223,22	626.678,64
14	Atenção hospitalar - clínica e cirúrgica - média e alta complexidade.	paciente-dia	1.640.486,12	19.685.833,44
15	Serviço de captação de órgãos.	procedimento	2.184,88	26.218,56
16	Serviço de verificação de óbito.	procedimento	6.119,76	73.437,12
17	Serviço de atenção médico domiciliar e cuidados paliativos (<i>home care</i>).	diária	579.152,40	6.949.828,80
Total			6.921.125,20	83.053.502,40

ANEXO V – 5. MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO E SEUS ANEXOS

CONTRATO DE GESTÃO N.º ____/2025/SES-MT

ORIGEM: EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATO DE GESTÃO N.º 001/2025/SES/MT

PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º SES-PRO-2025/22650

CONTRATO DE GESTÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO – SES/MT, E O(A) NOME DA OSS.

CONTRATANTE: O ESTADO DE MATO GROSSO, por meio da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE**, com sede no Centro Político Administrativo, bloco 05, Cuiabá/MT, CNPJ n.º 04.441.389/0001-61, neste ato representado pelo Secretário de Estado de Saúde, **SR. ____**, brasileiro, RG n.º ____, CPF sob o n.º ____.

CONTRATADA: QUALIFICAÇÃO COMPLETA DA ENTIDADE.

Firmam o presente CONTRATO DE GESTÃO, considerando o processo de seleção pública, por meio do EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATO DE GESTÃO N.º 001/2025/SES/MT, que será regido por suas cláusulas, pelos preceitos de direito público, pela Lei Complementar n.º 583, de 17 de janeiro de 2017, e pelo Decreto nº 764, de 29 de fevereiro de 2024, sem prejuízo das demais legislações e normativas vigentes.

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O objeto do presente instrumento é a prestação de serviços técnicos especializados de gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do **Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres (Unidade I) e do Anexo I (Unidade II)**.

1.1.1. Identificação das unidades hospitalares:

UNIDADE I

Nome: Hospital Regional Dr. Antônio Fontes

CNES 2534460

Endereço: Avenida Getúlio Vargas, Nº.1670, Bairro: Santa Izabel, Cáceres/MT, CEP:78210-514.

Tipo de Unidade: hospital geral considerado de médio porte, com capacidade instalada de **150** leitos de internação, sendo: 20 (vinte) leitos complementares em unidade de terapia intensiva - UTI adulto tipo II, 10 (dez) leitos complementares de cuidados intermediários adulto, 45 leitos de internação nas especialidades de clínica cirúrgica, 41 leitos de internação nas especialidades de clínica geral, leitos modalidade hospital dia, leitos de estabilização.

Gestão Estadual - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT.

Funcionamento: internação hospitalar e serviço de urgência e emergência regulado e referenciado 24 horas por dia, 7 dias da semana, ininterruptamente, com atendimento ambulatorial de segunda a sexta-feira das 7 às 19 horas, no mínimo, e com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual da SES-MT.

UNIDADE II

Nome: Hospital Regional de Cáceres **ANEXO I**

CNES: 2395037

Endereço: Rua Padre Cassemiro, Nº.2790, Centro, Cáceres/MT, CEP: 78210-094.

Tipo de Unidade: hospital geral com capacidade instalada de **170** leitos de internação, sendo: 16 (dezesesseis) leitos complementares em unidade de terapia intensiva adulto - UTI-a, tipo II (incluindo serviço de hemodiálise

à beira-leito), 10 (dez) leitos complementares em unidade de terapia intensiva pediátrica - UTI-ped, tipo II, 10 (dez) leitos complementares em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), 15 leitos em unidade de cuidados intermediários neonatal convencional (UCINCo), 5 unidades de cuidados intermediários canguru (UCINCa),

Gestão Estadual - SES/MT

Funcionamento: serviço de internação e de urgência e emergência 24 horas, 7 dias da semana, ininterruptamente, com atendimento de atenção ambulatorial de segunda a sexta-feira das 7 às 19 horas no mínimo, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual/SES-MT.

1.2. Vinculam esta contratação, de forma obrigatória e independentemente de transcrição, o Edital de Chamamento Público n.º 001/2025/SES/MT e seus anexos, especialmente o **ANEXO II – PLANO DE TRABALHO**.

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DA ESPECIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE TRABALHO

2.1. UNIDADE I - Hospital Regional Dr. Antônio Fontes (CNES 2534460)

2.1.1. Serviços a serem executados, minimamente, na UNIDADE I, com a obrigação de atendimento exclusivo aos usuários do SUS:

- I. Traumato-ortopedia e Neurocirurgia Adulto;
- II. Assistência de média e alta complexidade;
- III. Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo II (incluindo hemodiálise);
- IV. Unidade de Cuidado Intermediário (UCI) Adulto;
- V. Retaguarda para Doença Renal Crônica (DRC) com Terapia Renal Substitutiva (TRS);
- VI. Unidade de Assistência em Atenção Oncológica de Alta Complexidade (UNACON);
- VII. Neurologia/Neurocirurgia (Neuro-intervencionista);
- VIII. Endocrinologia;
- IX. Pneumologia;
- X. Saúde Mental;
- XI. Atenção Domiciliar e Cuidados Paliativos;
- XII. Cirurgia Vascular com Hemodinâmica;
- XIII. Nefrologia;
- XIV. Urologia;
- XV. Cirurgias urológicas;
- XVI. Cirurgias oncológicas;
- XVII. Cirurgias oftalmológicas;
- XVIII. Cirurgia torácica;
- XIX. Bucomaxilofacial;
- XX. Otorrinolaringologia;
- XXI. Clínica geral;
- XXII. Cirurgia geral adulto;
- XXIII. Cardiologia/cardiovascular (implante de marcapassos);
- XXIV. Serviços de hemodinâmica (cateterismos, angioplastias);
- XXV. Cardiologia intervencionista (estudo eletrofisiológico com ablação, implante de marcapasso);
- XXVI. Serviço de urgência e emergência;
- XXVII. Assistência ao infarto agudo do miocárdio (IAM);
- XXVIII. Assistência ao acidente vascular cerebral (AVC);
- XXIX. Utilização do centro cirúrgico e anestesiologia 24h;
- XXX. Egressos/cadastrados da assistência oncológica;
- XXXI. Egressos/retaguarda da terapia renal substitutiva (TRS);
- XXXII. Egressos/ cadastrados da assistência em cardiologia/cardiovascular;
- XXXIII. Cirurgias de todas as especialidades elencadas;
- XXXIV. Internações de média e alta complexidade;

- XXXV. Atendimentos clínicos de todas as áreas elencadas;
- XXXVI. Serviço de hemoterapia;
- XXXVII. Serviço de verificação de óbitos não Invasivo, ou autópsia minimamente invasiva (AMI);
- XXXVIII. Serviço de captação de órgãos.

2.1.2. A UNIDADE I deverá ter como projeção o quantitativo de 150 leitos hospitalares distribuídos em sua unidade e organizados minimamente conforme identificado no **ANEXO II – PLANO DE TRABALHO**.

2.1.3. A CONTRATADA deverá ofertar serviços de média e alta complexidade, com atendimento:

- I. de urgência e emergência, com a utilização do centro cirúrgico e anestesiologia durante 24h, ininterruptamente, de segunda a segunda;
- II. de atenção ambulatorial especializada, com atendimento mínimo de 12h diárias, de segunda a sexta-feira, podendo prever atendimento aos sábados e internação, minimamente, nas especialidades (clínica e cirúrgica) de: ortopedia e traumatologia, neurologia, clínica geral, cardiologia, angiologia, urologia, nefrologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, gastroenterologia, oncologia, medicina intensiva adulto e cirurgia bucomaxilofacial;
- III. de atenção hospitalar, com internação, minimamente, nas especialidades (clínica e cirúrgica) de: ortopedia e traumatologia, neurologia, neurocirurgia, clínica geral, cardiologia, angiologia e cirurgia vascular, urologia, nefrologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, gastroenterologia, oncologia, medicina intensiva adulto e cirurgia bucomaxilofacial.

2.1.4. A CONTRATADA deverá buscar pela habilitação dos serviços realizados com o auxílio da **Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação da SES/MT** e conforme diretrizes do SUS, mantendo o hospital **como referência para a Macrorregião de Saúde Oeste**, nos atendimentos e serviços que já realiza e ainda, iniciar os processos de credenciamento/habilitação dos serviços implantados, sendo necessária a habilitação nos serviços elencados abaixo, junto ao Ministério da Saúde:

- I. Habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia - serviço/classificação 155/001 - serviço de ortopedia e traumatologia adulto (referenciado e regulado) e serviço/ classificação 155/003 – serviço de ortopedia e traumatologia de urgência;
- II. Habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia - serviço/classificação 529/002 – serviço de coluna e nervos periféricos (referenciado e regulado); serviço/ classificação 529/003 – serviço de tumores do sistema nervoso (referenciado e regulado); serviço/classificação 529/004 - serviço de neurocirurgia vascular (referenciado e regulado);
- III. Habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – serviço/ classificação 1706/132 - serviço de oncologia, origem: Portaria SAES/MS Nº. 688, de 28 de agosto de 2023, que altera a Portaria de Consolidação SAES/MS Nº.1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia;
- IV. Habilitação como Unidade de Cuidado Intermediário Adulto- UCI-a, origem: Portaria GM/MS Nº. 2.862, de 29 de dezembro de 2023, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as unidades de terapia Intensiva - UTI e as Unidades de Cuidado Intermediário - UCI, destinadas ao cuidado progressivo do paciente crítico, grave ou moderado a alto risco no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;
- V. Habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e serviço de assistência de alta complexidade em terapia nutricional enteral/parenteral, origem: Portaria SAS/MS nº 120, de

14 de abril de 2009, que aprova as normas de classificação e credenciamento/habilitação dos serviços de assistência de alta complexidade em terapia nutricional enteral/parenteral);

VI. Implantação e habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular com atendimento nos serviços de assistência de alta complexidade em procedimentos da cardiologia intervencionista, cirurgia vascular e procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; cirurgia cardiovascular e procedimentos de cardiologia intervencionista, origem: Portaria SAS/MS nº.210. de 15 de junho de 2004, Portaria SAS/MS nº 123, de 28 de fevereiro de 2005);

VII. Implantação e habilitação de 8 (oito) leitos de enfermaria como Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às Pessoas com Transtornos Mentais e/ou com Necessidades de Saúde Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (unidade de referência especializada em hospital geral), origem: Portaria GM/MS Nº. 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera as portarias de consolidação nº. 3 e nº. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a rede de atenção psicossocial, e dá outras providências;

VIII. Credenciamento/habilitação do serviço/classificação 1202 - procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, em regime de hospital dia;

IX. Habilitação do Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (17.19 - SRC), origem: Portaria GM/MS Nº.189, de 31 de janeiro de 2014;

X. Habilitação do Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (17.20 - SDM), origem: Portaria GM/MS Nº.189, de 31 de janeiro de 2014;

XI. Habilitação do Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero - SRC, origem: Portaria GM/MS Nº.189, de 31 de janeiro de 2014;

XII. Habilitação do Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Próstata, origem: Portaria GM/MS Nº.189, de 31 de janeiro de 2014.

2.2. UNIDADE II - Hospital Regional Dr. Antônio Fontes Anexo I (CNES 2395037)

2.2.1. Serviços a serem executados, minimamente, na UNIDADE II, com a obrigação de atendimento exclusivo aos usuários do SUS:

- I.** Anestesiologia;
- II.** Cardiologia e risco cirúrgico;
- III.** Cirurgia geral;
- IV.** Cirurgia vascular;
- V.** Clínica geral;
- VI.** Ginecologia e obstetrícia clínica;
- VII.** Ginecologia cirúrgica;
- VIII.** Obstetrícia cirúrgica;
- IX.** Nefrologia adulto;
- X.** Nefrologia pediátrica;
- XI.** Neurocirurgia pediátrica;
- XII.** Neurologia pediátrica;
- XIII.** Ortopedia e traumatologia pediátrica;
- XIV.** Neonatologia;
- XV.** Pediatria clínica;
- XVI.** Pediatria cirúrgica.

2.2.2. A UNIDADE II: Hospital Regional Dr. Antônio Fontes Anexo I - deverá ser **referência de média e alta complexidade para a macrorregião de saúde Oeste**, em atenção materno-infantil, compreendendo a assistência médica e multiprofissional integral - de caráter eletivo e de urgência e emergência - para a gestação de risco habitual e de de alto risco (GAR), atenção de alta complexidade aos bebês de risco desde o seu nascimento até a alta hospitalar, com continuidade no ambulatório follow-up (estratégia que deverá ser adotada para o seguimento do cuidado aos bebês de risco), incluindo a assistência à criança e adolescência.

2.2.2.1. Quanto à **assistência para a gestação de risco habitual**, a **Unidade II será a referência para 14 municípios da região Oeste**, sendo eles: Araputanga, Curvelândia, Glória D' Oeste, Porto Esperidião, Reserva do Cabaçal, São José dos Quatro Marcos, Indavaí, Lambari D' Oeste, Comodoro, Conquista D' Oeste, Figueirópolis D' Oeste, Nova Lacerda, Rondolândia, Vale do São Domingos **e para os municípios da região Sudoeste Mato-grossense**, uma vez que não há acesso à assistência ao parto de risco habitual nessas localidades.

2.2.3. A UNIDADE II deverá conter, minimamente, o quantitativo de 170 leitos hospitalares, organizados e identificados conforme ANEXO II – PLANO DE TRABALHO.

2.2.4. O hospital deverá manter-se como referência nos atendimentos e serviços que já realiza e ainda, iniciar os processos de credenciamento/habilitação junto ao Ministério da Saúde, dos serviços que deverão ser implantados, sendo eles:

I. Habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia - serviço/classificação 155/002 – serviço de traumatologia e ortopedia pediátrica (até 21 anos de idade), referenciado e regulado;

II. Habilitação do Serviço de Referência em Urgência e Emergência Pediátrica;

III. Habilitação de 10 (dez) leitos complementares de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica- UTI-ped, tipo II e Unidade de Cuidado Intermediário Pediátrica - UCI-ped;

IV. Habilitação de 10 (dez) leitos complementares de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) Tipo II e Unidade de Cuidados Intermediários com 2 (duas) tipologias: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa);

V. Habilitação da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional;

VI. Habilitação de Unidade de Assistência de Alta Complexidade de Gestação de Alto Risco (GAR), origem: Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 - Rede Cegonha e Portaria GM/MS Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024 - Rede Alyne).

2.2.5. A Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação da SES/MT deverá dispor dos recursos técnicos necessários ao acompanhamento e apoio à CONTRATADA na busca pela habilitação dos serviços junto ao Ministério da Saúde.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS A SEREM ATINGIDAS E DOS INDICADORES DE QUALIDADE, PRODUTIVIDADE E EXCELÊNCIA EM GESTÃO

3.1. A CONTRATADA deverá informar **mensalmente**, até o dia 10 de cada mês, os resultados alcançados quanto à qualidade assistencial oferecida, definidos a partir dos indicadores voltados à mensuração da eficiência, efetividade e desempenho dos processos de gestão das unidades.

3.1.1. Estes resultados integrarão o relatório parametrizado de monitoramento e avaliação, que será previamente definido pela SES/MT em conjunto com a CONTRATADA, baseando-se naqueles indicadores descritos no ANEXO C DO PLANO DE TRABALHO.

3.1.2. O cumprimento da obrigação descrita no item 3.1. independe da disponibilização de um software de gestão de qualidade em tempo real.

3.1.3. Os indicadores de avaliação que porventura não estiverem homologados no sistema AGHuse e APURASUS serão encaminhados separadamente até o dia 10 (dez) do mês subsequente para a Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação da SES/MT, em instrumento previamente definido pela comissão, até o momento da homologação e, a partir da homologação dos indicadores, estes serão monitorados em tempo real e integrarão o referido relatório técnico de monitoramento e avaliação.

4. CLÁUSULA QUARTA – DA FORMA E DO MODO DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. O gestor do contrato e as comissões de acompanhamento do contrato de gestão procederão análise da execução pela CONTRATADA, identificando eventuais desvios para mais ou para menos, em relação às metas quantitativas e qualitativas e outros possíveis resultados que poderão impactar na economicidade e qualidade assistencial, conforme a valoração dos indicadores de desempenho descritos no ANEXO B DO PLANO DE TRABALHO.

4.2. O produto da análise descrito no item 4.1., será o relatório técnico a ser encaminhado ao Secretário de Estado de Saúde e ao órgão deliberativo da CONTRATADA.

4.2.1. No caso de o percentual de alcance das metas pactuadas for inferior a 80%, o relatório será também submetido ao Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso-TCE/MT.

4.2.1.1. Se for indicada a aplicação de qualquer ajuste financeiro, a CONTRATADA será previamente notificada quanto ao desconto e devidas justificativas, a ser efetuado na competência subsequente, garantindo-lhe o direito constitucional à ampla defesa e ao contraditório.

4.3. As contratações pela OSS de bens, obras e serviços de toda espécie, inclusive as que envolvam a terceirização de mão de obra, deverão ser realizadas conforme **regulamento de compras e contratação** elaborado e publicizado pela respectiva OSS, com prévia análise e aprovação pela Controladoria-Geral do Estado, sendo indispensável a cotação prévia de preços de mercado.

4.4. O regulamento deverá observar, no que aplicável, os princípios que regem a Administração Pública elencados no art. 37 da CF/88, sendo necessário nos casos de contratação de obras, serviços e aquisições, no mínimo, a realização de cotação prévia de preços de mercado, observados os princípios da impessoalidade, moralidade e economicidade.

4.5. A entidade deverá publicar, no **prazo máximo de 30 (trinta) dias**, contados da assinatura do contrato de gestão, o regulamento de compras e contratação, após aprovação da Controladoria-Geral do Estado, e esses regulamentos próprios de recursos humanos, financeiros, de aquisições e contratações de obras e serviços, custeados com recursos do contrato de gestão, deverão observar o disposto no ANEXO XII – REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DA CONTRATADA.

4.6. A contratada deverá providenciar a inscrição e/ou regularização da unidade hospitalar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e no Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso (CRM/MT), no **prazo máximo de 30 (trinta) dias**, contados da celebração do contrato de gestão.

5. CLÁUSULA QUINTA - DA INTERVENÇÃO DO ESTADO

5.1. Na hipótese de risco quanto ao cumprimento das obrigações assumidas neste contrato de gestão, o Estado, por meio da SES/MT, deve assumir a execução dos serviços pactuados a fim de manter a sua continuidade, na forma do art. 33 da Lei Complementar nº 583/2017.

5.1.1. Durante o período de intervenção, o Poder Público poderá sub-rogar-se nos direitos e obrigações decorrentes dos contratos vigentes firmados pela OSS com terceiros, que tenham por objeto as atividades e/ou serviços transferidos na forma da Lei Complementar nº 583/2017, de modo a garantir a continuidade do serviço público.

6. CLÁUSULA SEXTA – DO VALOR DE CUSTEIO E DE INVESTIMENTO, DA RESERVA LEGAL E DA CONTA GARANTIA

6.1. Da operacionalização dos pagamentos de custeio, investimento e reserva legal:

6.1.1. O custo mensal estimado para a operacionalização das duas unidades hospitalares (**UNIDADE I e UNIDADE II**) é de **R\$ 21.648.566,48** (vinte e um milhões seiscentos e quarenta e oito mil quinhentos e sessenta e seis reais e quarenta e oito centavos), incluindo recursos humanos (efetivos e contratados), desse total, **R\$ 3.065.660,31** (três milhões sessenta e cinco mil seiscentos e sessenta reais e trinta e um centavos) correspondem às despesas com recursos humanos dos servidores efetivos do Estado das unidades hospitalares, que serão cedidos à CONTRATADA e, portanto, **não serão considerados no valor mensal estimado (teto) para o custeio das despesas das unidades.**

6.1.1.1. O **valor mensal estimado (teto) para o custeio das despesas das unidades**, referentes à execução das ações e serviços de saúde e atividades assistenciais, é de **R\$ 18.582.906,17** (dezoito milhões, quinhentos e oitenta e dois mil, novecentos e seis reais e dezessete centavos), ao longo de um período de 36 (trinta e seis) meses de vigência contratual.

6.1.1.2. Do **valor mensal estimado (teto), 90% (noventa por cento)** corresponde ao **CUSTEIO FIXO** no valor de **R\$ 16.724.615,55** (dezesseis milhões, setecentos e vinte e quatro mil, seiscentos e quinze reais e cinquenta e cinco centavos) a ser pago mensalmente para fins de custeio dos serviços das unidades hospitalares;

6.1.1.3. Do **valor mensal estimado (teto), 10% (dez por cento)** corresponde ao **CUSTEIO VARIÁVEL** no valor de **R\$ 1.858.290,62** (um milhão, oitocentos e cinquenta e oito mil, duzentos e noventa reais e sessenta e dois centavos) **a ser pago mensalmente** e, sobre este valor, será procedida **trimestralmente** a avaliação dos Indicadores de Desempenho e Qualidade contratados dos três meses anteriores, que serão calculados conforme detalhado no ANEXO II - PLANO DE TRABALHO e, de acordo com resultado do nível de cumprimento dos indicadores pela CONTRATADA, sendo aplicado os descontos financeiros nos **três meses subsequentes à avaliação.**

6.1.1.4. Os recursos financeiros necessários à execução do presente contrato correrão à conta da seguinte dotação orçamentária, consignada no orçamento da SES/MT:

Programa: 526 - Mato Grosso Mais Saúde

Função: 10 - Saúde

Subfunção: 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Unidade Orçamentária: 21.601 - Fundo Estadual de Saúde

Ação (P/A/OE): 2515 - Gestão da Atenção hospitalar estadual do SUS / 2728 - Gestão dos serviços de saúde, ambulatorial e hospitalar

Natureza de Despesa: 3.3.90.39 / 3.3.90.30 / 3.3.50.00 / 4.4.90.52

Fonte: 1.500.0000 / 1.500.1002 / 1.600.0000 / 2.500.0000 / 2.500.1002 / 2.600.0000

6.1.2. Para atender às despesas de investimento que surgirem ao longo da execução contratual, será destinado um **recurso de investimento fixo equivalente a 3% do valor de custeio fixo**, no valor estimado de **R\$**

501.738,47 (quinhentos e um mil setecentos e trinta e oito reais e quarenta e sete centavos), a ser repassado mensalmente à CONTRATADA de forma adicional ao montante destinado ao custeio.

6.1.2.1. A utilização desse montante será estritamente vinculada às despesas classificadas como investimento, conforme as diretrizes do Manual Técnico de Planejamento e Orçamento de Mato Grosso, disponível no link: <https://www5.sefaz.mt.gov.br/orcamento?c=11387808&e=35395333>, incluindo a aquisição de equipamentos para substituição, pequenas adequações e aquisições de materiais ou equipamentos enquadrados no elemento de despesa de investimento, sempre que necessários para garantir a continuidade dos serviços prestados aos pacientes, e a aplicação desses recursos dependerá da comprovação da necessidade e da prévia autorização da SES/MT, sendo vedada sua utilização para qualquer outra finalidade.

6.1.2.2. Fica estabelecido que o saldo existente na conta corrente de **investimento fixo**, vinculada ao presente contrato, **não poderá atingir ou ultrapassar 50%** (cinquenta por cento) do valor mensal destinado ao custeio fixo.

6.1.2.2.1. Caso o saldo atinja ou ultrapasse o limite estabelecido no item anterior, o repasse mensal de investimento fixo será suspenso no mês subsequente.

6.1.2.2.2. A retomada do repasse ficará condicionada à apresentação, pela contratada, de plano de uso detalhado para a execução dos recursos no prazo máximo de 12 (doze) meses subsequentes, bem como à aprovação expressa desse plano pela contratante.

6.1.2.2.3. O repasse será retomado no mês seguinte à aprovação do plano, desde que identificada a demonstração de uma das seguintes hipóteses, a que ocorrer primeiro:

I. o saldo da conta corrente de investimento fixo esteja abaixo do limite de 50% (cinquenta por cento) do valor mensal de custeio fixo; ou

II. ainda que acima do referido limite, esteja devidamente vinculado a obrigações previstas no plano aprovado, com execução prevista no prazo de 12 (doze) meses.

6.1.2.3. Os valores mencionados poderão ser ajustados neste contrato conforme a proposta apresentada pela OSS vencedora do processo de seleção pública, sendo que o valor mensal estimado (teto) serve apenas como **referência máxima**, permitindo que a proposta seja inferior a esse limite.

6.1.3. Os recursos correspondentes ao **custeio fixo** e ao **investimento fixo** serão repassados **mensalmente**, conforme cronograma de pagamento da SEFAZ vigente.

6.1.3.1. A realização de despesas administrativas - tais como pagamento de diárias, passagens aéreas, serviços de telefonia e internet móvel, hospedagem, aluguel de veículos, entre outras - incluindo a contratação de serviços de consultoria, fica limitada a, no máximo, 3% (três por cento) do valor mensal repassado a título de custeio fixo pelo poder público à CONTRATADA, estando condicionada ao cumprimento dos seguintes requisitos:

I. vinculação direta à execução do objeto do ajuste de parceria;

II. caráter temporário da despesa;

III. previsão expressa em programa de trabalho e no contrato de gestão, com a respectiva estimativa de gastos; e

IV. não configuração da despesa como taxa de administração, que possui caráter remuneratório, cujo pagamento é vedado.

6.1.3.2. As despesas decorrentes da contratação de serviços de consultoria deverão ser previamente aprovadas pela Secretaria de Estado de Saúde, conforme determina o inciso XIII do art. 21 da Lei Complementar n.º 583/2017.

6.1.4. Os recursos financeiros correspondentes ao **custeio fixo (90%)** e **custeio variável (10%)** serão repassados **integralmente nos três primeiros meses de execução** pela CONTRATADA, considerando que durante esse período de transição da gestão própria estadual para a gestão da CONTRATADA, não haverá aplicação de ajustes financeiros decorrentes da apuração e avaliação dos indicadores de desempenho e qualidade, sendo estes meses restritos ao acompanhamento e à construção de uma série histórica.

6.1.5. Será destinado de forma adicional um recurso financeiro mensal, correspondente a **3% (três por cento) do valor de custeio fixo** que será depositado pela **SES/MT** diretamente na conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao **fundo de reserva legal** para fins de suportar rescisões trabalhistas e ações judiciais.

6.1.6. Os recursos destinados ao **fundo de reserva legal**, para fins de suportar rescisões trabalhistas e ações judiciais, depositados na conta exclusiva que trata o inciso IV do item **6.1.10.**, **somente poderão ser movimentados mediante autorização da SES/MT com a devida justificativa das razões motivadoras, para casos de extrema excepcionalidade como rescisão contratual, regularização de passivos trabalhistas e/ou outras situações abrangidas pelo mesmo escopo.**

6.1.7. A SES/MT, conforme interesse público fundamentado, por iniciativa própria ou pela CONTRATADA, além dos valores mensalmente transferidos de **custeio (fixo e variável)** e de **investimento fixo**, poderá repassar recursos à CONTRATADA a título de **projeto de investimento**, para ampliação/reforma de estruturas físicas já existentes e/ou aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste contrato.

6.1.7.1. A CONTRATADA poderá, a qualquer momento, apresentar projetos para a melhoria e/ou ampliação dos serviços assistenciais, bem como para a estruturação física das Unidades I e II, juntamente com cronograma de implementação, orçamento econômico-financeiro detalhado e demais documentos pertinentes, em conformidade com as normas da SES/MT.

6.1.7.2. Os valores atinentes aos projetos de investimentos aprovados serão definidos em **termo aditivo contratual**, onde será pormenorizado a necessidade, demonstrado a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

6.1.8. Os valores contratuais poderão ser atualizados pelo IPCA anualmente, ou revisados em razão dos índices inflacionários e reajustes decorrentes de acordos coletivos trabalhistas, tendo como base o custo relativo, desde que devidamente justificada e aceita pelas partes, de comum acordo, devendo, nestes casos, serem celebrados Termos Aditivos.

6.1.9. É obrigatório à CONTRATADA manter e movimentar os recursos que lhe forem repassados exclusivamente em contas específicas **para cada natureza de repasse e para cada unidade hospitalar**, isentas de tarifa bancária, em instituição bancária e agência indicada pela SES/MT.

6.1.10. As contas bancárias específicas de que trata o item anterior, serão vinculadas à natureza do repasse e para cada unidade hospitalar administrada, sendo:

I. 1 conta exclusiva, para cada unidade hospitalar administrada, para movimentação dos recursos destinados ao **custeio**;

II. 1 conta exclusiva, para cada unidade hospitalar administrada, para movimentação dos recursos destinados aos **investimentos fixos**;

III. 1 conta exclusiva, para cada unidade hospitalar administrada, para movimentação dos recursos destinados aos **termo aditivos contratuais** de projetos de **investimento**; e

IV. 1 conta exclusiva, para cada unidade hospitalar administrada, para movimentação dos recursos destinados ao **fundo de reserva legal**.

6.1.10.1. É vedado à CONTRATADA:

I. a manutenção e a movimentação dos recursos recebidos, necessários ao cumprimento deste contrato, em conta distinta das especificadas no item **6.1.10.** deste instrumento;

II. a movimentação de recursos entre as contas exclusivas de que trata o item **6.1.10.**, mesmo que a título de “empréstimos” ou sob qualquer motivação;

III. a movimentação de recursos deste contrato de gestão entre unidades hospitalares distintas e/ou para a matriz da CONTRATADA ou outras filiais, a título de “empréstimos” ou sob qualquer motivação.

6.1.11. Toda a movimentação de recursos no âmbito deste contrato de gestão será realizada mediante transferência eletrônica sujeita à identificação do beneficiário final e à obrigatoriedade de depósito em sua conta bancária.

6.1.12. Os pagamentos deverão ser realizados mediante crédito na conta bancária de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços.

6.1.13. É obrigatório à CONTRATADA renunciar ao sigilo bancário das contas correntes nas quais sejam movimentados os recursos transferidos pelo Estado, em benefício dos órgãos e das entidades de controle interno da administração, de modo a garantir o acompanhamento, o controle e a fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

6.1.14. Caberá à CONTRATADA apresentar à SES/MT e/ou a qualquer órgão de controle requisitante, os extratos de movimentação **mensal** e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte, por categoria e por unidade hospitalar.

6.1.15. O monitoramento dos serviços será realizado de acordo com a CLÁUSULA DOZE – DO MONITORAMENTO, CONTROLE, AVALIAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E GERENCIAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO, sem prejuízo de demais obrigações legais vigentes.

6.1.16. A SES/MT, por meio do gestor e das comissões do contrato, procederá a análise dos documentos enviados pela CONTRATADA para apuração dos valores a serem repassados.

6.1.17. A cada **três meses, a partir do término do 6º (sexto) mês** de contrato, considerando que os três primeiros meses serão de transição da gestão das unidades, a SES/MT, por meio do gestor e das comissões do contrato, realizará a análise das atividades assistenciais executadas pela CONTRATADA e essa análise incluirá a verificação de eventuais desvios em relação às metas de produção (quantitativo) previstas neste contrato, referente ao **trimestre anterior**, e tal análise poderá resultar no ajuste das metas, com acréscimos ou reduções, por meio de termo aditivo, além de ajustes financeiros que serão aplicados nos **três meses subsequentes**.

6.1.18. No mesmo período do item **6.1.17.**, será realizada a avaliação dos indicadores de desempenho e qualidade apurados no trimestre anterior, com o objetivo de identificar e corrigir possíveis desvios junto à CONTRATADA, assegurando a qualidade assistencial.

6.1.19. Eventuais descontos ou glosas podem ocorrer a qualquer tempo e devem ser realizados respeitando o direito ao contraditório.

6.1.20. Sendo indicada a aplicação de qualquer desconto financeiro, a CONTRATADA será notificada, garantindo-lhe o direito constitucional à ampla defesa e ao contraditório e, caso haja necessidade de ajuste financeiro, o desconto será efetuado na competência subsequente, devidamente acompanhado das justificativas pertinentes.

6.1.21. A CONTRATADA deverá realizar a apuração dos indicadores de produção com base nas metas estabelecidas neste contrato e anexos.

6.1.22. O desempenho dos indicadores de produção será monitorado pela SES/MT e deverá permanecer acima de 90% em cada atividade assistencial.

6.1.23. Se a CONTRATADA apresentar por 03 (três) meses consecutivos ou por 05 (cinco) meses alternados (dentro dos últimos 12 meses avaliados), um desempenho inferior a 80% ou superior a 110% no cumprimento das metas de produção, a SES/MT avaliará a necessidade de ajustes por meio de termo aditivo.

6.1.24. Em caso de descumprimento das metas de produção ou dos indicadores de desempenho e qualidade, a CONTRATADA será notificada e, ocorrendo reincidência, poderão ser aplicadas sanções administrativas, incluindo a rescisão contratual.

6.1.25. Extinto o contrato de gestão e quitados todos os encargos trabalhistas e previdenciários relativos ao serviço contratado, bem como as rescisões dos contratos de trabalho dos empregados alocados ao contrato de gestão, eventual saldo remanescente nas contas vinculadas será revertido em favor da SES/MT.

6.1.26. A CONTRATADA deverá apresentar à SES/MT, **anualmente** ou a qualquer tempo caso solicitado, demonstrativo de estudo de **desmobilização** do contrato, a fim de comprovar a suficiência do saldo existente nas contas vinculadas.

6.1.27. Os excedentes financeiros constatados durante a fiscalização da parceria deverão ser devolvidos ao Estado ou investidos em outras atividades do objeto do contrato de gestão, desde que previamente autorizado pela SES/MT, estando estes valores sujeitos às mesmas condições de aplicação e prestação de contas exigidas para os recursos transferidos.

6.1.28. No caso de inadimplemento pela Administração Pública Estadual quanto às obrigações financeiras assumidas neste contrato de gestão, será adotado um dos instrumentos de garantia previstos na Seção VIII do Decreto Estadual n.º 764/2024, com vistas à regularização dos pagamentos devidos.

6.1.28.1. Para esse fim, fica estabelecido que o Estado de Mato Grosso celebrará, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste contrato de gestão, CONTRATO DE GARANTIA, destinado a assegurar o adimplemento das contraprestações pactuadas com a CONTRATADA.

6.1.28.2. A operacionalização do instrumento de garantia dar-se-á mediante a constituição de CONTA GARANTIA, vinculada à instituição financeira responsável pela centralização dos recursos do Estado, na qual serão depositados os fluxos financeiros administrados pela Secretaria de Estado de Saúde e/ou pela Secretaria de Estado de Fazenda (RECURSOS CREDITÓRIOS), nos termos da Lei Complementar Estadual n.º 815/2025 e do referido CONTRATO DE GARANTIA.

6.1.28.3. O contrato de garantia terá como partes:

I. o Estado de Mato Grosso, na qualidade de GARANTIDOR;

II. a CONTRATADA, na qualidade de GARANTIDA; e

III. a INSTITUIÇÃO FINANCEIRA responsável pela centralização e movimentação dos recursos creditórios.

6.1.28.4. O objeto do contrato de garantia consistirá na cessão, à CONTA GARANTIA, de recursos suficientes à cobertura de eventual inadimplemento das contraprestações previstas neste contrato de gestão, conforme condições e procedimentos definidos no referido instrumento garantidor.

6.1.28.5. Verificada inadimplência de contraprestação por parte do GARANTIDOR, caberá à GARANTIDA proceder à notificação da INSTITUIÇÃO FINANCEIRA, na forma e nos prazos estabelecidos no CONTRATO DE GARANTIA, competindo a esta, uma vez recebida a notificação, realizar a retenção dos valores necessários nas contas do GARANTIDOR, efetuar automaticamente a transferência desses recursos à CONTA GARANTIA e, em seguida, proceder o crédito dos respectivos valores em favor da GARANTIDA.

6.2. Dos limites e critérios para despesas com remuneração e vantagens:

6.2.1. Fica estabelecido que as despesas com remuneração e vantagens de qualquer natureza percebidas pelos dirigentes e empregados da Organização Social deverão observar os limites e critérios previamente estipulados no instrumento de contratação (regulamento), não podendo exceder os níveis de **remuneração praticados na rede privada de saúde**, observando-se a média de valores praticados no mercado médico-hospitalar do Estado de Mato Grosso.

6.2.1.1. Em caso de contratação de profissional cuja qualificação técnico profissional exigida não encontre parâmetro no Estado de Mato Grosso, ou cuja contratação não esteja sendo possível em virtude de escassez do referido profissional na localidade, serão observados os níveis médios da remuneração praticados no mercado médico-hospitalar nacional.

6.2.2. Os referidos limites poderão ser atualizados uma vez ao ano, mediante justificativa formal, devendo a atualização do regulamento ser submetida à prévia aprovação da SES/MT e da Controladoria-Geral do Estado (CGE).

6.2.3. A inobservância poderá acarretar a suspensão de repasses, glosas nos pagamentos e demais sanções previstas neste contrato e na legislação aplicável.

7. CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA

7.1. O presente contrato de gestão vigorará por **36 (trinta e seis) meses**, contados a partir de sua publicação no Diário Oficial do Estado.

7.2. O contrato poderá ser alterado, com as devidas justificativas, para:

I. adequação das metas quantitativas e/ou qualitativas ou do modo de execução dos serviços, com a correspondente alteração do valor devido pelo Estado, quando a modificação for necessária para melhor adequação técnica aos objetivos do contrato de gestão e às necessidades da administração pública ou quando os termos inicialmente pactuados necessitarem de ajustes, devidamente justificados pela área técnica competente;

II. para restabelecer o equilíbrio econômico-financeiro inicial do contrato de gestão em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe ou em decorrência de fatos imprevisíveis ou previsíveis de consequências incalculáveis, que inviabilizem a execução do contrato tal como pactuado.

7.2.1. As alterações deverão ser precedidas de parecer técnico da SES/MT e de parecer jurídico da Procuradoria-Geral do Estado, sendo vedada:

I. a desnaturação do objeto inicial do contrato de gestão; e

II. a inclusão no escopo do contrato de gestão de novas unidades de saúde.

7.3. A vigência do contrato de gestão poderá ser prorrogada até o limite temporal estabelecido na Lei Complementar Estadual n.º 583/2017 e no Decreto Estadual n.º 764/2024, e eventual prorrogação por prazo superior a 60 (sessenta) meses estará condicionada à existência de dispositivo legal autorizador, devendo, em ambas hipóteses, o processo ser previamente instruído, antes da celebração de termo aditivo, com, no mínimo, os seguintes documentos:

I. parecer técnico favorável da SES/MT, no qual seja avaliado positivamente a economicidade da prorrogação e o desempenho anterior da CONTRATADA na execução do contrato de gestão, sendo indispensável apontar que foram atingidas as metas de produção e resultado;

II. parecer jurídico favorável da Procuradoria-Geral do Estado;

III. concordância da CONTRATADA;

IV. comprovação da existência de amparo orçamentário-financeiro para executar o contrato de gestão no próximo período.

7.4. Prorrogação, reajuste e/ou qualquer outra alteração do objeto ou do preço do contrato de gestão deverão ser veiculados por termo aditivo e publicadas na imprensa oficial do Estado.

8. CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA SES/MT

8.1. É obrigação da SES/MT, no âmbito do presente contrato de gestão:

8.1.1. elaborar, conduzir e monitorar a execução da política pública de saúde executada por meio do contrato de gestão;

8.1.2. acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução do contrato de gestão, devendo zelar pelo alcance dos resultados pactuados e pela correta aplicação dos recursos a ele vinculados;

8.1.3. prestar o apoio necessário e indispensável à CONTRATADA para que seja alcançado o objeto do contrato de gestão em toda sua extensão e no tempo devido;

8.1.4. repassar à CONTRATADA os recursos financeiros previstos para a execução do contrato de gestão de acordo com o cronograma de desembolsos previsto neste contrato;

8.1.5. analisar as prestações de contas apresentadas pela CONTRATADA;

8.1.6. disponibilizar, em seu sítio eletrônico, na íntegra, o contrato de gestão e seus respectivos aditivos, memória de cálculo, relatórios gerenciais de resultados, relatórios gerenciais financeiros e relatórios de monitoramento e avaliação no prazo de **cinco dias úteis** a partir da assinatura dos referidos documentos;

8.1.7. comunicar tempestivamente à CONTRATADA todas as orientações e recomendações efetuadas pela Controladoria-Geral do Estado - CGE, bem como acompanhar e supervisionar as implementações necessárias no prazo devido;

8.1.8. fundamentar a legalidade e conveniência do aditamento do contrato de gestão;

8.1.9. zelar pela boa execução dos recursos vinculados ao contrato de gestão, observando sempre sua vinculação ao objeto;

8.1.10. publicar no Diário Oficial do Estado:

I. extrato do contrato de gestão e dos respectivos aditivos;

II. ato instituindo a **comissão de fiscalização** do contrato;

III. ato instituindo a **comissão de monitoramento, controle e avaliação** do contrato;

IV. ato instituindo agente público, indivíduo com adequada qualificação e ocupante do cargo de Secretário Adjunto na Secretaria de Estado de Saúde, como **gestor do contrato**;

V. portaria na qual serão estabelecidos os fluxos complementares de fiscalização dos contratos de gestão.

8.1.11. analisar e aprovar, anteriormente à liberação da primeira parcela de recursos do contrato de gestão, regulamentos próprios que disciplinam os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações e de concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas;

8.1.12. arcar com o ônus dos servidores em cessão para a CONTRATADA, da remuneração, vantagens e benefícios do cargo a que fizer jus no órgão cedente, à exceção de gratificações aos servidores cedidos pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento ou relacionada ao desempenho ou produtividade, cabendo à CONTRATANTE o pagamento no sistema de gestão de recursos humanos e a dedução dos repasses mensais à CONTRATADA, mediante regulamentação da SES;

8.1.13. prestar constante apoio técnico à CONTRATADA, demonstrando todas as normativas, os fluxos e procedimentos típicos da área de gestão de pessoas da administração pública estadual;

8.1.14. realizar, conjuntamente com a entidade vencedora da seleção pública, o inventário de todos os bens patrimoniais alocados nas unidades de saúde que estarão sob responsabilidade da CONTRATADA, e publicá-lo no Diário Oficial do Estado e no Portal de Transparência;

8.1.15. garantir o tratamento e proteção dos dados que vier a ter acesso por conta da parceria, de acordo com as exigências legais aplicáveis especialmente, mas sem se limitar, a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal n.º 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto n.º 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal n.º 13.709/2018), e suas eventuais alterações, regulamentações ou substituições posteriores;

8.1.16. respeitar integralmente a identidade visual e institucional do parceiro, incluindo logotipos, cores, tipografias e demais elementos gráficos ou simbólicos, assegurando sua utilização conforme os padrões estabelecidos e mediante prévia autorização por escrito, quando aplicável, com especial atenção à sua integridade, de forma a evitar qualquer uso que possa comprometer sua reputação, valor ou reconhecimento no mercado;

8.1.17. disponibilizar à CONTRATADA, por meio de **termo de permissão de uso de bem móvel** (ANEXO IX – MINUTA DE TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS do Edital de Chamamento Público n.º 001/2025/SES/MT), os equipamentos e bens permanentes adquiridos pela SES para funcionamento das unidades hospitalares, inventariados em momento oportuno, conforme **item 9. DA SUCESSÃO do Edital de Chamamento Público n.º 001/2025/SES/MT**;

8.1.18. disponibilizar à CONTRATADA, por meio de **termo de permissão de uso de bem imóvel** (ANEXO X – MINUTA DE TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS IMÓVEIS do Edital de Chamamento Público n.º 001/2025/SES/MT), os imóveis das unidades hospitalares, conforme as especificações estabelecidas neste instrumento e anexos;

8.1.19. assumir diretamente, ou transferir a terceiro, a responsabilidade pela execução do objeto da parceria, nos casos de paralisação injustificada dos serviços, a fim de evitar a descontinuidade da assistência à saúde, sem prejuízo da apuração das responsabilidades da CONTRATADA;

8.1.20. aplicar sanções, instaurar tomada de contas especial e promover a rescisão unilateral da parceria, se for o caso, respeitado o processo legal, o contraditório e a ampla defesa;

8.1.21. não responder por quaisquer compromissos assumidos pela CONTRATADA com terceiros, ainda que vinculados à execução da parceria, bem como por qualquer dano causado à terceiros em decorrência de ato exclusivo da CONTRATADA, de seus empregados, prepostos ou subordinados;

8.1.22. definir, em conjunto com a CONTRATADA, um modelo e instrumentos para a prestação de contas;

8.1.23. viabilizar para OSS o acesso ao Sistema de Regulação da Central Estadual de Regulação.

9. CLÁUSULA NONA – DAS OBRIGAÇÕES DA OSS CONTRATADA

9.1. São responsabilidades da OSS CONTRATADA, além das demais previstas neste contrato de gestão e nos anexos que o compõe, no edital de chamamento público e anexos, especialmente no ANEXO II – PLANO DE TRABALHO, na Lei Complementar n.º 583/2017 e no Decreto nº 764/2024:

9.1.1. assegurar a gestão hospitalar eficiente de ambas unidades, **na modalidade 24 horas durante 7 dias da semana, com atendimento ambulatorial mínimo de 70 horas semanais**, e disponibilização das ações e serviços de saúde à Central Estadual de Regulação, de acordo com o pactuado no instrumento formal de contratualização;

9.1.2. executar a gestão hospitalar conforme a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída pela Portaria n.º 3.390/2013 do Ministério da Saúde, que define normas e eixos estruturantes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS;

9.1.3. seguir toda a legislação organizativa do SUS, com obediência aos princípios do SUS expressos no art. 198 da Constituição Federal, bem como às portarias e normas operacionais emanadas pelo Ministério da Saúde, pela SES/MT, pela ANVISA ou por outros órgãos competentes no que diz respeito às ações assistenciais, ações de atenção e vigilância em saúde, informação e comunicação, prestação de contas, faturamento e, no que seja pertinente, a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), elaborada pelo Comitê de Informação e Informática em Saúde do Ministério da Saúde, destacando-se, em especial:

I. Lei n.º 8.080/1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

II. Decreto n.º 7.508/2011, regulamenta a Lei nº 8.080/1990;

III. Lei n.º 7.110/1999, dispõe sobre a promoção, proteção e preservação da saúde individual e coletiva no Estado de Mato Grosso;

IV. Portarias do Ministério da Saúde:

- a. n.º 44/2001, aprova no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência - Hospital Dia;
- b. n.º 1.683/2007, aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru;
- c. n.º 1.032/2010, inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais.
- d. n.º 2.254/2010, institui a vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar;
- e. n.º 1.459/2011, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha;
- f. n.º 930/2012, define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidade neonatal no âmbito do SUS;
- g. n.º 1.631/2015, aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;
- h. n.º 2.436/2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica;
- i. n.º 1.399/2019, redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS;
- j. n.º 5.350/2024, altera a Portaria de Consolidação n.º 3/2017 para dispor sobre a Rede Alyne;

V. Portarias de Consolidação do Ministério da Saúde:

- a. n.º 2/2017, Anexo XXVI - Política Nacional de Regulação (PNR), Anexo XXIV - Política Nacional de Atenção Hospitalar, Anexo XXXI - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, Anexo XXXII - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica;
- b. n.º 3/2017, Anexo VI - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, Anexo III - Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Título X - do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico;
- c. n.º 4/2017, origem PRT MS/GM Nº 204/2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;
- d. n.º 5/2017, Capítulo VIII - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), Capítulo II - Do Sangue, Componentes e Hemoderivados;
- e. n.º 6/2017, Seção V - Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD);

VI. Resoluções da Diretoria Colegiada - RDCs da Anvisa:

- a. n.º 50/2002, dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;
- b. n.º 02/2010, dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde;
- c. n.º 7/2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva;
- d. n.º 51/2011, estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);
- e. n.º 63/2011, dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde;
- f. n.º 15/2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
- g. n.º 36/2013, institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde;
- h. n.º 20/2014, dispõe sobre o regulamento sanitário para o transporte de material biológico humano;
- i. n.º 34/2014, dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue;
- j. n.º 222/2018, regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde;
- k. n.º 920/2024, dispõe sobre o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal;

VII. Resoluções dos Conselhos de Classe:

a. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN:

- n.º 736/2024, dispõe sobre a implementação do processo de enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem;

b. Conselho Federal de Medicina - CFM:

- n.º 2174/2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico;
- n.º 1.886/2008, dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência;
- n.º 1.638/2002, define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde;
- n.º 1.821/2007, aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

c. Conselho Federal de Odontologia - CFO:

- n.º 162/2015, reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista.

VIII. NBR 15943/2011, diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para a saúde;

IX. Lei n.º 11.123/2020, dispõe sobre a instituição do Programa de Integridade nas empresas que contratarem com a Administração Pública do Estado de Mato Grosso;

X. Decreto n.º 806/2021, regulamenta a aplicação da Lei Federal nº 12.527/2011, no âmbito do Poder Executivo do Estado de Mato Grosso, disciplina a proteção de dados pessoais sensíveis e prevê salvaguardas à identidade dos denunciantes;

XI. Lei n.º 8.142/1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

XII. Lei n.º 12.845/2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;

XIII. Lei n.º 9.431/1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do país;

XIV. Norma Regulamentadora MTE n.º 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde;

XV. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (Pnass);

XVI. Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS;

XVII. Portaria SVS n.º 453/1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional.

9.1.4. cumprir integralmente com o disposto no processo de seleção pública e anexos, em especial no que concerne à prestação de serviços, diretrizes, objetivos e demais responsabilidades estabelecidas no **ANEXO II – PLANO DE TRABALHO**;

9.1.5. indicar à SES/MT, e manter atualizado, pelo menos um representante da CONTRATADA que será responsável pela interlocução técnica com a SES/MT, devendo seu **nome e contato direto** constar anexo a este contrato de gestão;

9.1.6. contratar empresa de auditoria independente para auditar a execução do contrato ou implantação de normas de qualidade para tanto, emitindo relatório conclusivo e de acordo com as Normas Brasileiras de Contabilidade - NBC, ou ISO 14001 (Sistema de Gestão Ambiental - SGA), ou ISO 9001 (Gestão da Qualidade), ou ISO 45001 (Segurança e Saúde Ocupacional), ou ONA (Organização Nacional de Acreditação), cujos custos serão previamente autorizados pela SES/MT e custeados com o repasse referente ao contrato de gestão;

9.1.7. apoiar irrestritamente a metodologia da **planificação** da atenção à saúde, adotada pela SES/MT para o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes necessárias à organização, qualificação e integração dos processos de trabalho e da gestão do cuidado na atenção primária, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar;

9.1.8. realizar todas as atividades inerentes à gestão administrativa, financeira e do cuidado, previamente descritas e quantificadas conforme ANEXO II - PLANO DE TRABALHO, pautadas na garantia do acesso e da qualidade da assistência, no cumprimento das metas pactuadas na contratualização com o gestor, na eficiência e na transparência da aplicação dos recursos e no planejamento participativo e democrático;

9.1.9. manter atualizado o registro de todos os seus colaboradores no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e no seu sítio eletrônico;

9.1.10. utilizar obrigatoriamente o **sistema de informação de gestão hospitalar AGHUse**, parametrizado e adotado pela SES/MT, abrangendo prontuários, faturamento, controle de suprimentos, agendamento de consultas e exames, custos e serviços de apoio, incluindo a funcionalidade de geração de relatórios gerenciais, assegurando **total interoperabilidade** aos sistemas de informações oficiais já implantados pela SES/MT e preconizados pelo Ministério da Saúde, integrando, minimamente:

- I. Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- II. Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS);
- III. Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS);
- IV. Sistema de Regulação (SISREG);
- V. Sistema de Informação do Câncer (SISCAN);
- VI. Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (RHC);
- VII. Sistema de Monitoramento do Cuidado Obstétrico e Neonatal (SMCON) do Instituto Fernandes Figueira (IFF);
- VIII. Sistema de Monitoramento de Internações Hospitalares e Leitos, Sistema de Informação para Indicadores do SUS - IndicaSUS;
- IX. Sistema Estadual de Gestão de Custos do Programa Nacional de Gestão de Custos – APURASUS;
- X. Laboratório (LIS);
- XI. Imagem (PACS).

9.1.10.1. O início da operação do sistema AGHUse no ambiente de produção das unidades hospitalares deverá ocorrer no **prazo máximo de 120 dias**.

9.1.11. implantar, simultaneamente ao sistema AGHUse, o sistema de classificação de pacientes DRG (Diagnosis-Related Groups), a fim de estimar resultados assistenciais e suas possíveis complicações, bem como os recursos hospitalares que serão necessários para cada condição clínica;

9.1.12. implementar os sistemas de informações mencionados nos itens 9.1.10 e 9.1.11 em conformidade com as diretrizes e responsabilidades estabelecidas no ANEXO II - PLANO DE TRABALHO e sob acompanhamento da equipe de técnicos indicados formalmente pela SES/MT;

9.1.13. comprovar **mensalmente** à SES/MT a alimentação da base de dados dos sistemas de informações da SES/MT e do Ministério da Saúde, por meio de relatório específico elaborado para essa finalidade, devidamente aprovado pela comissão de monitoramento, controle e avaliação da SES/MT;

9.1.14. **conceder à SES/MT acesso total aos sistemas, com usuários e senhas próprios**, de modo a permitir o monitoramento contínuo das operações e a proposição de medidas corretivas, se necessário;

9.1.15. realizar o contato prévio via *e-mail* e/ou telefone com o coordenador da Atenção Primária à Saúde - APS do município de origem do paciente, para informar a previsão da alta, encaminhando as devidas orientações e documentações para a continuidade do cuidado nos casos necessários, seguindo os fluxos operacionais indicados no protocolo de alta segura, bem como a responsabilização pelo transporte do paciente para retorno ao domicílio pelo município, de acordo com Resolução CIB/MT N.º 780, de 14 de dezembro de 2023;

9.1.16. manter registro das demandas não atendidas pelas unidades, que retratam as suas carências relativas às ações de diagnóstico e terapêutica que justifiquem o encaminhamento dos usuários a outros serviços de saúde, apresentando mensalmente à SES/MT, o relatório dos encaminhamentos ocorridos;

9.1.17. disponibilizar à SES/MT sistema de prestação de contas, em até 30 dias a contar da assinatura do contrato de gestão, que permita a alimentação diária, por meio de assinatura digital, dos registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas;

9.1.18. dispor, no referido **sistema de prestação de contas do item 9.1.17, módulo** com o registro completo dos dados para subsidiar o monitoramento e acompanhamento financeiro e contábil do contrato, dos registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas, com a importação, exportação e armazenamento de todos os documentos pertinentes à execução financeira, bem como dispor de **módulo** de acompanhamento e fiscalização, que possibilite à **comissão de monitoramento, controle e avaliação** analisar, classificar os registros e notificar a CONTRATADA de eventuais inconsistências;

9.1.19. assegurar a operacionalização da Política de Integridade conforme os princípios e diretrizes do SUS, no tocante à escuta ativa dos usuários, por meio da integração do aplicativo OuvidorSUS, garantindo o recebimento, tratamento e emissão de respostas às dúvidas, elogios, sugestões, informações, reclamações e denúncias dos usuários do SUS;

9.1.20. assegurar o tratamento e a proteção dos dados pessoais de pacientes e informações profissionais, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018) e demais legislações vigentes, incluindo a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei nº 12.965/2014 e Decreto nº 8.771/2016) e a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), sem prejuízo das demais legislações e normativas aplicáveis;

9.1.21. responsabilizar-se integralmente pelo pagamento e administração dos recursos humanos que vierem a ser contratados pela CONTRATADA e vinculados ao contrato de gestão, inclusive pelos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, bem como ônus tributários ou extraordinários que incidam sobre o instrumento e, ainda, **garantir que a remuneração dos técnicos de enfermagem e enfermeiros não seja inferior ao piso salarial da categoria, conforme regulamentação vigente;**

9.1.22. responsabilizar-se exclusivamente pelo pagamento dos **encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto previsto no contrato de gestão,** sem a implicação de responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública à inadimplência da organização social em relação ao referido pagamento, aos ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou aos danos decorrentes de restrição à sua execução;

9.1.23. absorver, sem restrição, todos os servidores efetivos que atualmente exercem suas funções no **Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres e no Anexo I,** com ônus para a SES/MT;

9.1.24. responsabilizar-se integralmente pela delegação de tarefas, gerenciamento das atividades e administração dos servidores públicos em cessão, observada a legislação pertinente;

9.1.25. contribuir para os trâmites necessários à avaliação de desempenho individual dos servidores em cessão, nos termos do regulamento;

9.1.26. estabelecer, na estrutura do **Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres e do Anexo I,** unidade de Recursos Humanos que realize ações típicas de gestão de pessoas, garantindo interface entre a SES/MT e a CONTRATADA, com vistas à gestão de pessoal próprio da CONTRATADA e dos servidores públicos que estejam em cessão para a CONTRATADA;

9.1.27. manter registro, arquivos e controles específicos para dados funcionais dos servidores públicos em cessão, utilizando sistema informatizado;

9.1.28. garantir, em exercício **no Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres e no Anexo I**, quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis com o porte da unidade e serviços a serem prestados, conforme estabelecido nas normas ministeriais e conselhos de classes profissionais atinentes à espécie, estando definida, como parte de sua infraestrutura técnico administrativa nas 24h/dia;

9.1.29 realizar um dimensionamento detalhado do quadro de pessoal para a Unidade I e Unidade II/Anexo I, alinhado às diretrizes institucionais e segmentado por categoria e qualificação profissional, devendo conter, minimamente: a quantidade de profissionais necessários em cada setor e unidade assistencial (para garantir adequação técnica, eficiência de gestão, qualidade e segurança assistencial); a carga horária e regime de trabalho (se diaristas, plantonistas, período integral ou parcial); a aplicação das normas ministeriais e demais legislações pertinentes (com a indicação da qualificação exigida para cada cargo), **no prazo de 60 dias**;

9.1.30 apresentar periodicamente as atualizações do dimensionamento do quadro de pessoal, com envio formal à SES/MT, das informações de alterações na estrutura organizacional e lotacionograma correspondente;

9.1.32. prever as contratações pela CONTRATADA de bens, obras e serviços de toda espécie, inclusive as que envolvam a terceirização de mão de obra, conforme **regulamento de contratação** elaborado e publicizado pela respectiva CONTRATADA, com prévia análise e aprovação pela Controladoria-Geral do Estado, sendo indispensável a cotação prévia de preços de mercado e inviável a celebração de contratos com custos superiores aos dos pactuados nos contratos correspondentes da SES/MT;

9.1.33. prever, nos regulamentos próprios que disciplinam os procedimentos, a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações e concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas, a sua **política de relacionamento com fornecedores**;

9.1.34. implantar programa **de integridade e compliance**, na **Unidade I e na Unidade II**, e dispor dos meios para a garantia da transparência dessas informações em seu site institucional, no prazo de **180 (cento e oitenta) dias** a contar da assinatura deste contrato, sob pena da aplicação da multa prevista no item **13.2.5.1.**, nos termos da Lei n.º 11.123/2020;

9.1.35. executar todas as atividades inerentes ao contrato de gestão, baseando-se no princípio da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da eficiência, e zelar pela boa qualidade das ações e serviços prestados, buscando alcançar eficácia, efetividade e razoabilidade em suas atividades;

9.1.36. observar, no transcorrer da execução de suas atividades, todas as orientações emanadas pela SES/MT e pelos órgãos de controle interno e externo, por meio de comunicações oficialmente reconhecidas, incluindo *e-mails* institucionais da SES/MT e *e-mails* indicados no contrato de gestão pela CONTRATADA, sem prejuízo da utilização do sistema de gestão de documentos - SIGADOC, para fins de abertura e/ou conclusão de processos, e/ou outro sistema indicado pela SES/MT;

9.1.37. assegurar que toda divulgação das ações objeto desse contrato de gestão seja realizada com o consentimento prévio e formal da SES/MT, e conforme as orientações e diretrizes acerca da identidade visual do Governo do Estado;

9.1.38. manter **registro, arquivos e controles contábeis** específicos para os dispêndios relativos ao contrato de gestão;

9.1.39. manter, mesmo após a extinção do contrato de gestão, todos os documentos arquivados, organizados e devidamente identificados com o número do contrato de gestão, à disposição da SES/MT e dos órgãos de controle interno e externo:

- I. os arquivos e controles contábeis, os originais das faturas, recibos, notas fiscais e quaisquer outros documentos comprobatórios de despesas relativos ao contrato de gestão emitidos em nome da CONTRATADA, pelo **prazo mínimo de cinco anos** após a aprovação da prestação de contas ou finalização de tomada de contas especial pelo TCE/MT;
- II. os documentos relativos às movimentações de pessoal referentes ao contrato de gestão, por tempo determinado em legislação específica;
- III. as fontes de comprovação dos indicadores e produtos, pelo **prazo mínimo de cinco anos** após a aprovação da prestação de contas ou finalização de tomada de contas especial pelo TCE/MT.

9.1.40. manter o **arquivamento de informações** e documentos de caráter público conforme todas as normativas vigentes e pertinentes, e regulamentos complementares, bem como determinações do **Conselho Federal de Medicina** que versem sobre normas técnicas para a guarda, manuseio e tempo de guarda do prontuário do paciente;

9.1.41. observar e respeitar as previsões existentes na Constituição Federal e na legislação vigente quanto à transparência, bem como regulamentos complementares e diretrizes da Controladoria Geral da União, do programa Brasil Transparente e da Controladoria Geral do Estado - CGE;

9.1.42. prover a gestão documental dos prontuários e demais documentos assistenciais do Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres e do Anexo I, além de implementar uma política de redução do consumo de papel, nos seguintes termos:

- I. **gerenciar a documentação e os prontuários gerados a partir da assinatura do contrato**, sob total responsabilidade da CONTRATADA, incluindo digitalização, digitização, organização, catalogação e preparação para envio ao arquivo indicado pela SES-MT, anualmente e no ato de extinção do contrato;
- II. **regularizar e digitalizar/digitizar integralmente o arquivo de prontuários preexistente à assunção da gestão do hospital**, garantindo a correta destinação dos prontuários físicos ao arquivo indicado pela SES-MT, sendo que os custos desta atividade poderão ser ressarcidos pela SES/MT, mediante análise da demanda e dos custos apresentados.

9.1.43. permitir e facilitar o acesso de técnicos da SES/MT, do Conselho Estadual de Saúde, da **comissão de fiscalização de contrato**, da **comissão de monitoramento, controle e avaliação**, da CGE e de órgãos de controle externo, a todos os documentos relativos à execução do objeto do contrato de gestão, devendo conceder o acesso imediato à informação disponível ou, não sendo possível, prestar todas e quaisquer informações solicitadas em **até 5 dias** ou, em caso de demandas judiciais com prazos menores, no prazo estipulado, ou, não sendo possível, prestar todas e quaisquer informações solicitadas no prazo fixado quando da solicitação;

9.1.44. utilizar os bens imóveis/permanentes exclusivamente para execução do objeto pactuado, podendo, somente em casos excepcionais e devidamente justificados e autorizados expressamente pela SES/MT, ser utilizados em outras ações vinculadas ao cumprimento do objeto social da CONTRATADA;

9.1.45. responsabilizar-se pela quitação de impostos dos bens imóveis sob permissão de uso, bem como de taxas, de despesas de consumo de água/energia, de custos de assistência preventiva/corretiva, de valores por reparação por danos, bem como de ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado;

9.1.46. realizar manutenção preventiva e corretiva dos bens e equipamentos em permissão de uso, próprios ou locados, utilizados para a prestação do serviço, com reposição de peças e insumos necessários à manutenção, observando as diretrizes e responsabilidades específicas definidas nas normativas da legislação;

9.1.47. prover assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos bens, equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas, prediais e de gases em geral, observando as diretrizes e responsabilidades específicas definidas nas normativas da legislação;

9.1.48. zelar pela boa execução dos recursos vinculados ao contrato de gestão, observando sempre sua vinculação ao objeto pactuado;

9.1.49. prestar contas à SES/MT acerca do alcance dos resultados e da correta aplicação de todos os recursos vinculados ao contrato de gestão, bens e pessoal de origem pública destinados à CONTRATADA;

9.1.50. manter e movimentar os recursos transferidos pelo Estado de acordo com o estabelecido na CLÁUSULA SEXTA – DO VALOR DE CUSTEIO E DE INVESTIMENTO, DA RESERVA LEGAL E DA CONTA GARANTIA;

9.1.51. remeter à Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação, a cada três meses:

I. relatório UNIFICADO, consolidando os três relatórios mensais preliminares do ciclo trimestral anterior, acerca da execução do contrato de gestão, indicando as metas propostas e os resultados alcançados, a prestação de contas correspondente ao período, os dados de produção do contrato e a taxa de satisfação do usuário;

II. certidões negativas de débitos perante a Secretaria de Estado de Fazenda, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como a relação das demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe foram desfavoráveis e dos valores das respectivas condenações; e

III. comprovação do cumprimento das obrigações trabalhistas e previdenciárias em relação aos empregados diretamente envolvidos na execução do contrato de gestão, em especial quanto ao:

- a. registro de ponto;
- b. recibo de pagamento de salários, adicionais, horas extras, repouso semanal remunerado e décimo terceiro salário;
- c. comprovante de depósito do FGTS;
- d. recibo de concessão e pagamento de férias e do respectivo adicional;
- e. recibo de quitação de obrigações trabalhistas e previdenciárias dos empregados dispensados; e
- f. recibo de pagamento de vale-transporte, vale-alimentação e outros benefícios trabalhistas, caso houver, na forma prevista em norma coletiva.

9.1.52. implantar uma metodologia e uma central de monitoramento com o objetivo de informar à SES/MT mensalmente, os resultados do elenco mínimo de **indicadores de desempenho** relacionados à qualidade da assistência prestada aos clientes/usuários do SUS na UNIDADE I e na UNIDADE II, mensurando também a eficiência, efetividade e qualidade dos processos de gerenciamento e operacionalização da unidade hospitalar;

9.1.52.1. Além do disposto no item 9.1.52., a CONTRATADA deverá disponibilizar um espaço físico adequado em uma das unidades hospitalares (Unidade I ou Unidade II), equipado com mobiliário e equipamentos, para a Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação da SES/MT, com capacidade mínima para 08 (oito) profissionais, dentre esses, 03 (três) profissionais deverão ser contratados pela CONTRATADA, nas áreas de enfermagem e medicina, para integrar a Comissão em conjunto com os servidores públicos cedidos da SES/MT.

9.1.53. elaborar relatório gerencial de resultados e relatório gerencial financeiro e entregá-los à **comissão de monitoramento, controle e avaliação até o 10º dia de cada mês** subsequente ao período avaliado;

9.1.54. incluir, em todos os contratos celebrados com terceiros no âmbito do contrato de gestão, cláusula prevendo a possibilidade de sub-rogação;

9.1.55. comunicar à SES/MT as alterações ou extinção de quaisquer tributos ou encargos legais aos quais é obrigado a recolher, alterados ou extintos, bem como a superveniência de disposições legais, tais como CEBAS, dentre outros;

9.1.56. formalizar à SES/MT quaisquer alterações em seu estatuto, composição de diretoria, conselhos e outros órgãos da CONTRATADA, diretivos e consultivos, em até **10 dias úteis** após o registro em cartório;

9.1.57. aplicar todas as receitas arrecadadas em decorrência da gestão do **Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres e do Anexo I** na execução do contrato de gestão;

9.1.58. arcar com os custos de materiais, medicamentos, órteses e próteses não disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, conforme a necessidade do paciente e sob aprovação da SES/MT;

9.1.59. seguir as diretrizes do projeto assistencial do **Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres e do Anexo I** e as diretrizes/normativas da SES/MT e do SUS em geral;

9.1.60. estabelecer e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as comissões/comitês obrigatórios, conforme segue no **ANEXO II – PLANO DE TRABALHO**, bem como as que venham a se tornar legalmente obrigatórias ou necessárias por indicação da SES/MT, sendo:

- I. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- II. Comissão de Residência Médica (COREME);
- III. Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- IV. Comitê de Ética em Pesquisa;
- V. Comissão de Humanização;
- VI. Comissão de Cuidados Paliativos;
- VII. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes- CIPA;
- VIII. Comissão Local de Saúde do Trabalhador- CLST;
- IX. Comissão de Ética Médica;
- X. Comissão de Ética de Enfermagem/Multiprofissional;
- XI. Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- XII. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- XIII. Comissão de Revisão de Óbitos;
- XIV. Comissão de Gerenciamento de Risco;
- XV. Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos;
- XVI. Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- XVII. Comissão de Padronização de Produtos Para Saúde;
- XVIII. Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele;
- XIX. Comissão de Proteção Radiológica;
- XX. Comissão de Biossegurança;
- XXI. Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante - CIHDOTT;
- XXII. Comissão de Gerenciamento de Resíduos;
- XXIII. Comissão de Análise de Óbitos Maternos, Fetais e Neonatais - 17
- XXIV. Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- XXV. Comitê de Compliance;
- XXVI. Comitê de Transfusional;
- XXVII. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);

- XXVIII. Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH);
- XXIX. Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- XXX. Núcleo de Vigilância Hospitalar de Epidemiologia (NVHE);
- XXXI. Núcleo de Qualidade e Acreditação Hospitalar;
- XXXII. Núcleo Especializado em Tratamento da Dor;
- XXXIII. Núcleo de Educação Permanente em Saúde.

9.1.61. assegurar o gerenciamento do **Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres e do Anexo I**, por meio do desenvolvimento de técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física dos referidos estabelecimentos e de seus bens e equipamentos, além do provimento de insumos, materiais, medicamentos e órtese prótese e material especial (OPME) necessários à garantia de assistência integral e pleno funcionamento;

9.1.62. arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à SES/MT, aos usuários e/ou à terceiros, por sua culpa ou de seus agentes, em consequência de ação dolosa ou por erro, negligência e/ou imperícia, própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços;

9.1.63. responsabilizar-se por cobrança indevida feita a usuário ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução do contrato;

9.1.64. garantir a segurança patrimonial e pessoal dos usuários do SUS que estão sob sua responsabilidade, bem como de seus empregados e servidores em cessão;

9.1.65. comunicar imediatamente **ao gestor do contrato e à SES/MT** situações de irregularidades ocorridas na unidade, bem como intimações, notificações administrativas e judiciais relacionadas à execução do contrato, com o concomitante fornecimento das informações, dados e documentos necessários para a defesa do interesse público da SES/MT e do Estado, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilização administrativa, civil e criminal;

9.1.65.1. Na existência de demanda judicial em que figure como parte em razão de atos praticados no âmbito da execução do contrato, a comunicação e o fornecimento das informações pertinentes devem ser obrigatoriamente estendidos também à Procuradoria-Geral do Estado.

9.1.66. publicizar os resultados assistenciais do **Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres e do Anexo I**, em consonância com os indicadores de qualidade, humanização, quantidade e medidas de melhorias na mesma periodicidade do relatório da comissão de avaliação, mantendo os dados atualizados para publicação, de forma a prestar contas à sociedade, no site institucional da CONTRATADA;

9.1.67. manter e/ou ajustar regularização ambiental, obras e adequação da estrutura, imprescindíveis para a adequada prestação dos serviços contratualizados;

9.1.68. **garantir o acesso e a transparência das informações da CONTRATADA**, incluindo por meio da publicação/manutenção/atualização, em site institucional, **no prazo de 5 (cinco) dias úteis** a partir da assinatura dos referidos documentos, das informações mínimas a seguir:

- I. ações desenvolvidas em cada exercício;
- II. folha de pagamento mensal de seus funcionários e dirigentes;
- III. demais despesas custeadas com os repasses financeiros feitos pelo Poder Público;
- IV. membros da diretoria e conselhos;

- V. estatuto social atualizado;
- VI. contrato de gestão e aditivos;
- VII. documento de qualificação como Organização Social;
- VIII. regulamentos e/ou manuais de compras/aquisições e contratações de serviços;
- IX. política de seleção e contratação de pessoal;
- X. disponibilização dos valores referenciais de remuneração do quadro de pessoal não nominativo colocado à disposição da unidade atendida pelo contrato de gestão;
- XI. relatório do contrato de gestão, em conformidade com este instrumento;
- XII. balanço patrimonial com parecer da auditoria externa;
- XIII. código de ética ou código de conduta;
- XIV. demonstrativo **trimestral** de cada unidade hospitalar contendo, no mínimo:
 - a. dados de produção do contrato de gestão;
 - b. taxa de satisfação do usuário;
- XV. acreditação de qualidade hospitalar, se existente;
- XVI. programa de integridade e compliance;
- XVI. os inventários com o detalhamento dos bens móveis e imóveis, minimamente a cada ano, incluindo os bens adquiridos com recursos oriundos do contrato de gestão.

9.1.69. institucionalizar política de compliance com rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e sexual, implantando mecanismos de mediação de conflitos, com protocolo adequado para cada situação;

9.1.70. desenvolver, por meio do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, o plano de capacitação dos colaboradores de ambas as unidades, a ser construído a partir do levantamento das necessidades de conhecimentos e competências necessárias aos colaboradores, na execução das melhores práticas de cada setor;

9.1.71. estruturar e implementar o serviço de assistência integral à saúde em regime de hospitalização, garantindo atendimento adequado e de qualidade aos usuários do SUS, em conformidade com as normativas vigentes, assegurando a assistência integral, desde a admissão até a alta hospitalar segura e responsável, contemplando todos os atendimentos e procedimentos necessários para a obtenção ou complementação do diagnóstico e das terapêuticas indicadas para o tratamento hospitalar, incluindo a necessidade de utilização de de órtese, prótese e material especial (OPME) relacionado a ato cirúrgico;

9.1.72. atuar na atenção ambulatorial especializada (AAE), como referência estadual, conforme perfis assistenciais, e assegurar sistema de ofertas de cuidados integrados (OCI) a um conjunto de procedimentos e tecnologias de saúde a uma atenção oportuna, com qualidade, como etapa de determinada linha de cuidado ou na condução de agravos específicos de rápida resolução;

9.1.73. manter serviço de plantão controlador interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela diretoria técnica, destinado a receber 24h/7 dias da semana, as solicitações da Central de Regulação Estadual, mantendo canal permanente de comunicação e aperfeiçoando o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis nas unidades hospitalares, com tempo de resposta máximo de 1h;

9.1.74. implantar, em ambas unidades, **pesquisa de satisfação na alta hospitalar**, bem como executar adicionalmente, de forma semestral, pesquisa de satisfação **independente**, pesquisando a satisfação do usuário do SUS com relação aos serviços prestados nas unidades hospitalares e, após a compilação dos dados, encaminhá-los à Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação;

9.1.75. permitir diariamente visita ao usuário do SUS internado, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 2h, bem como assegurar o direito de ser assistido, religiosa e espiritualmente, por ministro de qualquer culto religioso;

9.1.76. assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, de crianças, adolescentes, gestantes, idosos, pessoas com deficiência (de acordo com a legislação vigente), internadas ou em observação;

9.1.76.1. Na impossibilidade de permanência do acompanhante ou do atendente pessoal junto à pessoa com deficiência, cabe ao profissional de saúde responsável pelo tratamento justificá-la por escrito.

9.1.76.2. Na ocorrência da impossibilidade do acompanhamento, a CONTRATADA deverá adotar as providências cabíveis para suprir a ausência do acompanhante ou do atendente pessoal.

9.1.77. assegurar o cumprimento da Lei Estadual n.º 11.852/2022, que dispõe sobre o direito de toda mulher a ter acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames, inclusive os ginecológicos, nos estabelecimentos públicos e privados de saúde no Estado de Mato Grosso;

9.1.78. não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, exceto nos casos de manifestação expressa de consentimento do paciente ou de seu representante legal, por meio de termo de consentimento livre e esclarecido devidamente aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, respeitando-se as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa do Conselho Nacional de Saúde;

9.1.79. habilitar os serviços assistenciais prestados, em conformidade com a CLÁUSULA SEGUNDA – DA ESPECIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE TRABALHO deste contrato, com o ANEXO II - PLANO DE TRABALHO, com as diretrizes do SUS e as normativas do Ministério da Saúde, garantindo que a unidade hospitalar continue sendo referência nos atendimentos e serviços já oferecidos, **no prazo máximo de 180 dias a partir do início da vigência deste contrato**;

9.1.80. iniciar os processos de credenciamento e habilitação junto ao Ministério da Saúde dos novos serviços a serem oferecidos nas unidades hospitalares, descritos no ANEXO II - PLANO DE TRABALHO, mas não se limitando a eles, **no prazo de 90 dias**;

9.1.81. instituir o **Núcleo de Qualidade e Acreditação Hospitalar em até 90 dias** e, por meio dele, iniciar as ações com foco na melhoria contínua da qualidade clínico-assistencial e dos processos institucionais como um todo, visando a **obtenção de acreditação ONA**;

9.1.81.1. O Núcleo de Qualidade e Acreditação Hospitalar, nas UNIDADES I e II, deverá adotar indicadores para acompanhamento de performance e de resultados, integrados àqueles dispostos no ANEXO C do Plano de Trabalho – INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE.

9.1.82. garantir a continuidade dos programas de residência médica e multiprofissional já em funcionamento, assegurando a qualidade e a adequação das práticas, bem como promover melhorias contínuas e expandir os programas, incluindo novas áreas de concentração e ampliando a oferta de vagas, conforme as necessidades identificadas e as diretrizes estabelecidas pela CONTRATANTE;

9.1.83. adotar, para todos os colaboradores, a identificação especial com o uso de crachás personalizados;

9.1.84. incluir na imagem corporativa das unidades, no uniforme dos colaboradores e enxoval hospitalar, a terminologia Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT, bem como o logotipo do SUS e da unidade hospitalar;

9.1.85. divulgar amplamente as atividades de pesquisa científica ou de ensino que porventura ocorram nas dependências do hospital, respeitando a decisão do usuário quando da sua recusa em participar;

9.1.86. dispor de serviço de verificação de óbito não invasivo ou autópsia minimamente invasiva (AMI) em ambas unidades;

9.1.87. utilizar os **bens imóveis** cedidos exclusivamente para atender aos usuários do SUS, obrigando-se a:

9.1.87.1. utilizar os bens imóveis exclusivamente para execução do objeto pactuado, podendo, somente em casos excepcionais, devidamente justificados e autorizados expressamente pela CONTRATANTE, ser utilizados em outras ações vinculadas ao cumprimento do objeto social da CONTRATADA;

9.1.87.2. responsabilizar-se pela quitação de impostos dos bens imóveis sob permissão de uso, bem como de taxas, de despesas de consumo de água/energia, de custos de assistência preventiva/corretiva, de valores por reparação por danos, bem como de ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado;

9.1.87.3. realizar manutenção preventiva e corretiva dos bens em permissão de uso, próprios ou locados, utilizados para a prestação do serviço, com reposições necessárias à manutenção, observando as diretrizes e responsabilidades específicas definidas nas normativas da legislação;

9.1.87.4. prover assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nas instalações hidráulicas, elétricas, prediais e de gases em geral, observando as diretrizes e responsabilidades específicas definidas nas normativas da legislação;

9.1.87.5. vistoriar integralmente os imóveis, no **prazo máximo de 30 (trinta) dias** após a celebração do contrato de gestão, emitindo termos de vistoria atestando os estados de conservação, acompanhados de acervo fotográfico e documental relativo à situação dos prédios;

9.1.87.6. no caso de rescisão ou extinção do contrato de gestão, restituir os imóveis cedidos nas mesmas condições em que os recebeu, respeitada suas depreciações naturais e os termos de vistoria;

9.1.87.7. não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros os imóveis objeto deste termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento da CONTRATANTE;

9.1.87.8. declarar-se ciente de que a cessão se tornará nula, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público de dar destinação diversa da prevista neste instrumento dos imóveis ora cedidos.

9.1.88. utilizar os materiais, medicamentos, órteses e próteses previstos na Tabela SUS-SIGTAP, sendo o uso de itens não listados condicionado à autorização prévia e formal da SES/MT, a qual será requisito para eventual ressarcimento, podendo a SES/MT reter ou compensar valores, observando o devido processo legal.

10. CLÁUSULA DEZ – DAS VEDAÇÕES

10.1. É vedada a cessão parcial ou total do contrato de gestão pela CONTRATADA, salvo por motivo devidamente justificado e expressa autorização do Estado, devendo, ainda, a cessionária preencher os requisitos de qualificação previstos na Lei Complementar nº 583, de 17 de janeiro de 2017 e Decreto nº 764, de 29 de fevereiro de 2024.

10.2. É expressamente proibida à CONTRATADA cobrar diretamente ou indiretamente qualquer valor ou taxa ao usuário pela prestação de serviços hospitalares, conforme legislação vigente e em consonância com os princípios de equidade no acesso à saúde.

10.3. É vedado à CONTRATADA o uso de quaisquer símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas **que não tenham sido previamente autorizados pela CONTRATANTE**, em placas, outdoors, papéis gráficos, convites, eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens), inclusive aqueles cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Mato Grosso

10.4. É vedada à CONTRATADA a realização de qualquer ação promocional relativa ao objeto deste contrato de gestão sem o consentimento prévio e formal da SES/MT, sendo que a não observância desta regra poderá ensejar a devolução do valor gasto e o consequente recolhimento do material produzido.

10.5. Nos ajustes, onerosos ou não, celebrados pela CONTRATADA com terceiros, é vedado:

I. ter membros eleitos ou indicados para compor o conselho que seja cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, do Vice-Governador e dos Secretários de Estado, de Senadores, de Deputados Federais, de Deputados Estaduais, de Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e das Agências Reguladoras;

II. firmar contrato com empresas ou instituições das quais façam parte os seus dirigentes e sócios, para a execução do contrato de gestão;

III. contratar pessoa jurídica para exercer as funções dos cargos de direção das unidades de saúde por ela gerenciadas;

IV. utilizar recursos financeiros destinados ao investimento em custeio;

V. qualquer tipo de participação, inclusive financeira, em campanha de interesse político-partidário ou eleitoral;

VI. mudar a denominação da unidade de saúde por ela gerenciada;

VII. em qualquer hipótese, ceder os servidores cedidos pelo Poder Executivo que estiver sob sua gestão; e

VIII. destinar qualquer tipo de remuneração aos membros da diretoria do conselho da CONTRATADA com recursos oriundos do contrato de gestão.

10.6. É vedado à SES/MT o pagamento de taxas administrativas para a CONTRATADA.

11. CLÁUSULA ONZE – DOS BENS MÓVEIS

11.1. Com base na Lei n.º 11.109, de 20 de abril de 2020, e outras normas regulamentares, que dispõe sobre a gestão patrimonial da Administração Pública do Estado de Mato Grosso, a **permissão de uso** dos bens inventariados no ato

da assinatura do contrato vigorará durante a vigência do presente contrato de gestão, **competindo à CONTRATADA, sem prejuízos das demais responsabilidades previstas:**

I. realizar, após a assinatura do termo de permissão de uso, o levantamento patrimonial de todos os bens móveis permanentes das unidades hospitalares e, posteriormente, de forma obrigatória, realizar anualmente o inventário patrimonial, seguindo a normativa estadual vigente, incluindo os bens adquiridos com recursos do contrato de gestão;

II. formalizar a incorporação de bem móvel permanente, adquirido ou recebido por doação, adotando, **no prazo máximo de 30 (trinta) dias**, todos os procedimentos exigidos pela normativa estadual vigente, por meio de comunicação oficial ao setor de patrimônio da Contratante;

III. comunicar formalmente à Contratante qualquer perda ou dano na plaqueta de identificação patrimonial dos bens, para que seja providenciada a imediata substituição;

IV. realizar a incorporação de todos os bens móveis permanentes ainda não registrados no sistema de gestão patrimonial do Estado, em caso de extinção, dissolução ou desqualificação;

V. proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante laudo técnico, do bem cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe seja necessário ao cumprimento das metas pactuadas;

VI. utilizar e manter os bens móveis sob a sua guarda e responsabilidade em perfeito estado de higiene, conservação, funcionamento e manutenção, de acordo com o estabelecido neste contrato;

VII. responsabilizar-se por toda e qualquer despesa (impostos, taxas, multas, entre outros custos) relacionada ao bem móvel permanente sob sua utilização e guarda, seja de propriedade da Contratante e/ou adquirido por meio de compra, doação e locação, devendo encaminhar os comprovantes de recolhimento à Contratante;

VIII. responsabilizar-se pela reparação de dano e, em caso de uso inadequado do bem, proceder com o ressarcimento à Contratante;

IX. não realizar qualquer modificação ou alteração nos bens móveis permanentes sob sua utilização e guarda, sem a prévia e expressa anuência da SES/MT;

X. adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens móveis sob sua utilização e guarda;

XI. informar imediatamente a SES/MT caso os bens venham a sofrer qualquer turbção ou esbulho por terceiros;

XII. nomear a SES-MT à autoria em demandas judiciais relacionadas aos bens móveis permanentes sob sua responsabilidade e guarda, caso seja citada em nome próprio, observando o prazo legal;

XIII. apresentar Boletim de Ocorrência à SES/MT, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso;

XIV. comunicar imediatamente à SES-MT qualquer avaria provocada por terceiros, de forma culposa ou dolosa, detalhando o ocorrido e identificando o responsável e, em caso de dano intencional, registrar Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato;

XV. manter os equipamentos e instrumentais necessários à execução dos serviços contratados em perfeitas condições de uso, salvo desgaste natural decorrente do uso, sob pena de indenizar a Contratante por dano causado;

XVI. solicitar prévia avaliação e autorização expressa da Administração Pública para a permuta de bens móveis permanentes, conforme disposto na Lei n.º 11.109/2020;

XVII. solicitar à Contratante a avaliação de bem potencialmente inservível, cabendo à mesma, caso assim classifique o bem, adotar as providências necessárias para sua correta destinação, conforme a Instrução Normativa n.º 003/2024/SEPLAG ou norma que a substituir;

XVIII. restituir os bens ao setor de patrimônio da SES/MT no caso de encerramento contratual, em um prazo de até 90 (noventa) dias após o término do contrato, mediante inventário em conjunto com a SES/MT;

XIX. No caso de bens importados adquiridos com isenção tributária, estes permanecerão vinculados à finalidade original pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 37, de 18 de novembro de 1966, e na Instrução Normativa RFB n.º 1.600, de 14 de dezembro de 2015. Durante este período, a CONTRATANTE deverá assegurar o uso dos bens para atividades compatíveis com os objetivos da parceria.

12. CLÁUSULA DOZE – DO MONITORAMENTO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

12.1. Compete à CONTRATADA realizar a apuração e o registro dos indicadores de produção, com base nas metas quantitativas e qualitativas estabelecidas neste contrato e em seus anexos, **devendo manter a rastreabilidade dos dados, a integridade das informações e a disponibilidade.**

12.2. O desempenho da CONTRATADA será objeto de **monitoramento e avaliação permanente por parte da SES/MT**, com base nos relatórios gerenciais, nos sistemas oficiais de informação e nas auditorias técnicas e operacionais, sendo exigido que o cumprimento global dos indicadores de produção permaneça **igual ou superior a 80%.**

12.3. Se a CONTRATADA apresentar por três meses consecutivos ou por cinco meses alternados (dentro dos últimos 12 meses avaliados), um desempenho inferior a 80% ou superior a 110% no cumprimento das metas de produção, a SES/MT avaliará a necessidade de ajustes por meio de termo aditivo.

12.4. Em caso de descumprimento das metas de produção ou dos indicadores de desempenho e qualidade, a CONTRATADA será previamente notificada pela CONTRATANTE concedendo um prazo para correção e, ocorrendo reincidência, poderão ser aplicadas sanções administrativas, podendo resultar em rescisão contratual, concedendo à CONTRATADA o direito ao contraditório e ampla defesa.

12.5. O acompanhamento e a fiscalização da execução contratual serão realizados pelo Gestor do Contrato, pela Comissão de Fiscalização e pela Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação, conforme as competências atribuídas a cada um nos termos deste instrumento, sem prejuízo das demais competências de controle interno e externo da Administração Pública.

12.6. Compete ao gestor do contrato:

I. emitir ordens de execução de serviço, ordens de paralisação e reinício;

II. quando necessário, convocar e coordenar reuniões, registradas em ata, com a participação da CONTRATADA, dos fiscais e demais interessados, a fim de serem alinhados os procedimentos de acompanhamento da execução do ajuste, da forma de apresentação dos documentos exigíveis para realização de pagamentos e conclusão da execução contratual;

- III. acompanhar a execução dos contratos de gestão, do saldo dos valores contratados, dos valores empenhados e dos orçamentos previstos nos Planos de Trabalho Anual;
- IV. analisar os relatórios da Comissão de Fiscalização e da Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação dos contratos de gestão, especialmente os relacionados ao cumprimento das metas pactuadas;
- V. observar os prazos de vigência e execução dos contratos de gestão e tomar as medidas necessárias para que sejam executados conforme o previsto no plano de trabalho, de acordo com as necessidades da administração e planejamento orçamentário e financeiro;
- VI. decidir, em conjunto com o Secretário de Estado de Saúde, sobre a prorrogação ou alteração dos contratos, ou sobre a extinção do ajuste ou a intervenção no serviço, de acordo com as necessidades da administração;
- VII. quando necessário e nos limites da legislação aplicável, negociar com a contratada as condições do contrato de gestão;
- VIII. encaminhar os processos de pagamento, após os atestos da Comissão de Fiscalização;
- IX. tomar providências para apurar o descumprimento do contrato de gestão ou fraude na sua execução;
- X. exigir da Comissão de Fiscalização e da Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação a inclusão tempestiva das informações relativas à execução do contrato nos sistemas corporativos de controle, publicidade e transparência;
- XI. coordenar as atividades da Comissão de Fiscalização e da Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação;
- XII. emitir decisão sobre as solicitações e reclamações relacionadas à execução dos contratos de gestão;
- XIII. acompanhar os registros realizados pela Comissão de Fiscalização ou pelos terceiros contratados a respeito de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato de gestão e as medidas adotadas, informando, se for o caso, à autoridade superior, aquelas que ultrapassarem a sua competência.

12.7. Compete à Comissão de Fiscalização do Contrato de Gestão:

- I. prestar apoio técnico e operacional ao Secretário de Estado de Saúde, ao gestor do contrato e à Comissão de Monitoramento Controle e Avaliação, subsidiando-os de informações pertinentes às suas competências;
- II. juntar aos autos administrativos todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato de gestão, indicando o que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados;
- III. emitir notificações à CONTRATADA para a correção de rotinas ou de qualquer inexactidão ou irregularidade constatada em desacordo com a execução do contrato de gestão, determinando prazo para a correção;
- IV. informar ao gestor do contrato, em tempo hábil, situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso;
- V. comunicar imediatamente ao gestor do contrato quaisquer ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato nas datas previstas;

VI. realizar a conferência das prestações de contas, medições, folhas de pagamento da CONTRATADA, notas fiscais, faturas e demais documentos exigidos, nos termos do contrato de gestão, para que o pagamento seja efetivado;

VII. atestar, com base na análise prevista no inciso anterior, a viabilidade de ser efetivado o pagamento;

VIII. verificar a correspondência entre as informações mensais de folha de pagamento de pessoal da CONTRATADA com o pessoal alocado e trabalhando nas unidades de saúde, bem como a correspondência de todas as informações mensais constantes das medições da CONTRATADA com o realizado nos locais sob gestão delas.

IX. verificar, periodicamente, a manutenção das condições de habilitação da CONTRATADA;

X. publicar, mensalmente, os valores analíticos das despesas apresentadas pela CONTRATADA no Diário Oficial do Estado e no Portal de Transparência;

XI. verificar se, nos termos do previsto no contrato de gestão administrado pela CONTRATADA, estão sendo observadas as metas quantitativas e qualitativas e o valor máximo de custeio/investimento para cada unidade de saúde;

XII. realizar fiscalização em todos os contratos de gestão das unidades de saúde administradas pela CONTRATADA ;

XIII. emitir, periodicamente, Nota Técnica que demonstre o número de atendimentos e procedimentos realizados pela CONTRATADA e os recursos utilizados para esse custeio;

XIV. fiscalizar, periodicamente, as contratações realizadas pela CONTRATADA;

XV. publicar o resultado das fiscalizações e das notas técnicas no Diário Oficial do Estado e no Portal de Transparência;

XVI. conferir, anualmente, se o balanço e demais prestações de contas da CONTRATADA foram publicados no Diário Oficial do Estado;

XVII. encaminhar às autoridades competentes os relatórios conclusivos, em obediência ao Decreto nº 764/2024 e a Lei Complementar n.º 583/2017.

12.7.1. A administração pública poderá valer-se do apoio técnico de terceiros contratados especificamente para auxiliar na fiscalização dos contratos de gestão, inclusive para avaliar os aspectos operacionais, patrimoniais, contábeis, financeiros e do atingimento das metas do contrato de gestão.

12.7.2. Os responsáveis pela fiscalização da execução do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos públicos pela CONTRATADA, as informarão ao Secretário de Estado de Saúde e, posteriormente, ao Tribunal de Contas do Estado, bem como à Assembleia Legislativa, sob pena de responsabilidade solidária.

12.7.3. Sem prejuízo da medida a que se refere o item acima, caso haja indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pela fiscalização, quando assim a gravidade dos fatos ou o interesse público exigirem, representarão ao Ministério Público, à Controladoria-Geral do Estado e à Procuradoria-Geral do Estado, para a adoção das medidas cabíveis.

12.7.4. Para fins de acompanhamento, controle e fiscalização dos recursos transferidos pelo Estado à CONTRATADA, a Comissão de Fiscalização poderá, caso exista indícios de malversação de recursos públicos,

requisitar junto à Secretaria de Estado de Fazenda cópia das notas fiscais eletrônicas emitidas pela CONTRATADA, tanto na condição de emitente quanto de destinatárias, ocasião em que deverão ser adotadas todas as medidas para resguardar o sigilo das informações recebidas.

12.8. Compete à Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação:

I. realizar, **semestralmente**, pesquisa de satisfação com os usuários dos serviços prestados em razão do contrato de gestão e utilizar os resultados como subsídio na avaliação da parceria celebrada e do cumprimento dos objetivos pactuados, bem como na reorientação e no ajuste das metas e atividades definidas;

II. emitir, a cada **três meses**, relatório técnico de monitoramento e avaliação do contrato de gestão e submetê-lo ao Secretário de Estado de Saúde, que o homologará e o remeterá aos órgãos de controle interno e externo, contendo, minimamente:

- a. análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos no contrato de gestão;
- b. descrição das atividades e metas estabelecidas para o período sob análise;
- c. valores efetivamente transferidos pela administração pública e valores comprovadamente utilizados;
- d. quando for o caso, os custos indiretos, os remanejamentos efetuados, as sobras de recursos financeiros, e eventuais valores devolvidos aos cofres públicos;
- e. análise dos documentos comprobatórios apresentados pela CONTRATADA na prestação de contas;
- f. análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias;
- g. quando necessárias, propor alterações de metas quantitativas, qualitativas e financeiras.

III. coordenar as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho e qualidade.

IV. realizar o acompanhamento *in loco* da execução do serviço de saúde, objeto desta parceria, e a verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o cumprimento deste contrato, respeitando a operação das unidades hospitalares;

V. avaliar os serviços de saúde na unidade hospitalar, atuando de forma preventiva e saneadora, com foco no aprimoramento dos procedimentos, na unificação de entendimentos, na solução de controvérsias, na padronização de objetos, custos e indicadores, e no incentivo à melhoria contínua dos serviços de saúde.

12.9. Compete à CONTRATADA, no âmbito do monitoramento, controle, avaliação e fiscalização do contrato:

12.9.1. A CONTRATADA deverá disponibilizar um espaço físico adequado, equipado com mobiliário e equipamentos, para a Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação da SES/MT, com capacidade mínima para 8 (oito) profissionais e, dentre esses, 3 (três) profissionais deverão ser contratados pela CONTRATADA, sendo eles da área de enfermagem e medicina, para integrar a Comissão em conjunto com os servidores públicos da SES/MT.

12.9.2. Para assegurar o acompanhamento e a avaliação do contrato de gestão, bem como o cumprimento das atividades estabelecidas, a CONTRATADA deverá encaminhar **mensalmente**, até o dia 10 (dez) de cada mês, de forma oficial, à Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação, a documentação referente às atividades assistenciais realizadas pelas unidades hospitalares, conforme o cronograma definido, independentemente da disponibilização de um software de gestão de qualidade em tempo real.

12.9.2.1. As informações de atendimentos assistenciais deverão ser registradas nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e nos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH - Sistema de Informações Hospitalares (sistemas oficiais do Ministério da Saúde), de acordo com normas e prazos estabelecidos pela SES/MT.

12.9.2.2. Os documentos devem abranger a produção assistencial, indicadores de desempenho e qualidade, movimentação de recursos financeiros, custos hospitalares, andamento das comissões e demais informações pertinentes ao contrato.

12.9.3. Sem prejuízo do cumprimento do item **12.4.2.**, a CONTRATADA encaminhará à SES/MT toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada, sendo, minimamente, os relatórios contábeis e financeiros, os relatórios referentes aos indicadores de produção e de desempenho e os relatórios de custos.

12.10. CICLOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS E AVALIAÇÃO

12.10.1. A prestação de contas e a avaliação da execução do contrato observarão, **de forma resumida**, os ciclos descritos a seguir:

12.10.1.1. CICLO MENSAL

12.10.1.1.1. DEVERES DA CONTRATADA: até o dia **10 (dez)** do mês subsequente ao de competência, a CONTRATADA deverá remeter, de forma oficial, à Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação da SES/MT, **relatório mensal preliminar (para cada unidade administrada) contendo, no mínimo:**

- I. documentação referente às atividades assistenciais realizadas pela unidade hospitalar, conforme o cronograma estabelecido;
- II. resultados alcançados quanto à qualidade assistencial oferecida, com base nos indicadores definidos para mensurar eficiência, efetividade e desempenho da gestão;
- III. extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e por categoria;
- IV. comprovação da alimentação regular dos sistemas de informação da SES/MT e do Ministério da Saúde;
- V. registro das demandas não atendidas e os respectivos encaminhamentos realizados a outros serviços da rede de assistência, com as justificativas técnicas;
- VI. comprovação da manutenção/atualização do site institucional com os documentos estabelecidos no item **9.1.68**.

12.10.1.2. CICLO TRIMESTRAL

12.10.1.2.1. DEVERES DA CONTRATADA: remeter à Comissão de Monitoramento, Controle e Avaliação, a cada três meses:

I. relatório UNIFICADO (para cada unidade administrada), consolidando os três relatórios mensais preliminares do ciclo trimestral anterior, acerca da execução do contrato de gestão, indicando as metas propostas e os resultados alcançados, a prestação de contas correspondente ao período, os dados de produção do contrato e a taxa de satisfação do usuário;

II. certidões negativas de débitos perante a Secretaria de Estado de Fazenda, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como a relação das demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe foram desfavoráveis e dos valores das respectivas condenações; e

III. comprovação do cumprimento das obrigações trabalhistas e previdenciárias em relação aos empregados diretamente envolvidos na execução do contrato de gestão, em especial quanto ao:

- a) registro de ponto;
- b) recibo de pagamento de salários, adicionais, horas extras, repouso semanal remunerado e décimo terceiro salário;
- c) comprovante de depósito do FGTS;
- d) recibo de concessão e pagamento de férias e do respectivo adicional;
- e) recibo de quitação de obrigações trabalhistas e previdenciárias dos empregados dispensados; e
- f) recibo de pagamento de vale-transporte, vale-alimentação e outros benefícios trabalhistas, caso houver, na forma prevista em norma coletiva.

12.10.1.2.2. DEVERES DA CONTRATANTE: a SES/MT realizará, trimestralmente, para cada unidade administrada:

- I. avaliação do cumprimento/execução pela contratada das metas quantitativas e qualitativas, com emissão de relatório técnico, conforme dispõe o presente contrato;
- II. cálculo de eventuais descontos financeiros sobre o custeio variável;
- III. revisão de metas, se necessária, mediante formalização por meio de termo aditivo.

12.10.1.3. CICLO ANUAL

12.10.1.3.1. DEVERES DA CONTRATADA: A CONTRATADA deverá apresentar à SES/MT, anualmente, para cada unidade administrada:

- I. demonstrativo de estudo de desmobilização do contrato, a fim de avaliar e comprovar a suficiência do saldo existente nas contas vinculadas;
- II. inventário patrimonial, seguindo a normativa estadual vigente, incluindo os bens adquiridos com recursos do contrato de gestão.

13. CLÁUSULA TREZE - DAS SANÇÕES E DA RESCISÃO CONTRATUAL

13.1. A OSS será responsabilizada administrativamente pelas seguintes infrações:

I - dar causa à inexecução parcial do contrato de gestão;

II - dar causa à inexecução parcial do contrato de gestão que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;

III - dar causa à inexecução total do contrato de gestão;

IV - deixar de entregar a documentação exigida pelo gestor do contrato ou pelas comissões de fiscalização e de acompanhamento, monitoramento e avaliação;

V - não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado;

VI - não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a celebração do contrato de gestão, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta;

VII - ensejar o retardamento da execução ou da entrega dos objetos do contrato de gestão;

VIII - apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a execução do contrato de gestão;

IX - fraudar o procedimento competitivo ou praticar ato fraudulento na execução do contrato de gestão;

X - comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;

XI - praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação;

XII - praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei federal nº 12.846, de 1º de agosto de 2013;

XIII - não implantar o Programa de Integridade no prazo de 180 (cento e oitenta) dias corridos, a partir da data de celebração do contrato.

13.2. Ocorrendo qualquer das infrações previstas no item anterior, apuradas em regular processo administrativo com garantia de contraditório e ampla defesa, a OSS sujeita-se às seguintes sanções:

I - advertência;

II - multa nos termos e parâmetros definidos no contrato de gestão;

III - suspensão do direito de participar de licitação ou chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato de gestão com órgãos e entidades do Estado de Mato Grosso, por prazo não superior a 03 (três) anos; e

IV - declaração de inidoneidade para participar de licitação ou chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis) anos, 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 a OSS ressarcir a administração pública pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo de 3 (três) anos da aplicação da penalidade;

V - rescisão do contrato de gestão celebrado com o Poder Público.

13.2.1. As sanções estabelecidas nos incisos III e IV são de competência exclusiva do Secretário de Estado de Saúde, assegurados o contraditório e a ampla defesa, podendo a reabilitação ser requerida após 3 (três) anos de aplicação da penalidade, no caso da sanção prevista no inciso IV, e após 1 (um) ano de aplicação da penalidade, no caso da sanção prevista no item III.

13.2.2. As sanções previstas nos incisos I, III e IV poderão ser aplicadas conjuntamente com o inciso II.

13.2.3. A aplicação das sanções estabelecidas neste contrato não exclui, em qualquer hipótese, a obrigação de reparar integralmente o dano causado.

13.2.4. Serão considerados na aplicação das sanções:

- I - a natureza e a gravidade da infração cometida;
- II - as peculiaridades do caso concreto;
- III - as circunstâncias agravantes ou atenuantes;
- IV - os danos que dela provierem para a Administração Pública.

13.2.5. Na hipótese do inciso II - *multa nos termos e parâmetros definidos no contrato de gestão*, o valor da multa será no valor de 0,01% (um centésimo por cento) até 20% (vinte por cento) sobre o valor do repasse mensal realizado pelo Poder Público à CONTRATADA, e os critérios serão estabelecidos em regulamento próprio pela Secretaria de Estado de Saúde.

13.2.5.1. Na hipótese do **inciso XIII do item 13.1.** (Programa de Integridade), será aplicada multa de 0,02% (dois centésimos por cento) por dia, incidente sobre o valor do contrato e a contar do término do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, limitado a 10% (dez por cento) do valor do contrato, cessando a aplicação diária da multa no dia do cumprimento da obrigação, sendo devido o pagamento do percentual até o dia anterior à data do protocolo, nos termos da Lei n.º 11.123/2020.

13.2.6. A CONTRATADA poderá ser desqualificada nas seguintes hipóteses:

- I - perda de qualquer dos requisitos de qualificação indicados na Lei Complementar n.º 583/2017, no decreto regulamentador e neste contrato;
- II - exercício de atividades não relacionadas à saúde;
- III - rescisão do contrato de gestão celebrado com o Poder Público por culpa da CONTRATADA;
- IV - o atingimento pela OSS, em 12 (doze) meses, da contagem máxima de pontos, os quais serão computados a cada infração punida nos termos da legislação e conforme regulamentação.

13.2.6.1. A desqualificação será instrumentalizada por ato do Governador do Estado, devendo o processo ser instruído pela CONTRATANTE.

13.2.6.2. A desqualificação implicará o ressarcimento dos recursos orçamentários, que incluirá os recursos não investidos ou malversados, mas não se restringirá a eles, e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pela CONTRATANTE à CONTRATADA, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

13.2.6.3. Efetuada a publicação da decisão de desqualificação em Diário Oficial, a CONTRATADA será considerada inidônea e inscrita no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS).

13.2.6.4. A existência de procedimento de apuração de irregularidade contratual não obsta, em qualquer hipótese, a abertura de procedimento de desqualificação em face da CONTRATADA, quando a gravidade dos fatos ou o interesse público assim exigirem.

13.2.6.5. Para a aplicação do disposto no inciso IV do item 13.2.6., a cada infração punida com advertência e/ou multa nos termos e parâmetros definidos neste contrato de gestão, será computado determinado número de pontos, e o quantitativo, a contagem máxima de pontos e os demais critérios serão estabelecidos em regulamento próprio pela Secretaria de Estado de Saúde.

13.2.7. Caberá à CONTRATADA restituir o valor transferido, atualizado monetariamente desde a data do recebimento, acrescidos de juros legais, na forma da legislação aplicável, nos seguintes casos:

I - inexecução do objeto;

II - falta de apresentação de prestação de contas, no prazo e termos exigidos;

III - utilização dos recursos em finalidade diversa da estabelecida no presente instrumento, ainda que em caráter de emergência;

IV - descumprimento dos termos previstos neste instrumento.

13.2.8. Por ocasião da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção da parceria, eventuais saldos financeiros remanescentes dos recursos públicos transferidos, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos à SES/MT, após a devida conciliação de contas e liquidação de todos os débitos apurados durante a execução do contrato, no prazo de 30 (trintas) dias, sob pena de imediata instauração de Tomada de Contas Especial.

13.2.9. Antes da execução de qualquer penalidade, a CONTRATADA deverá ser previamente notificada sobre o não cumprimento de qualquer obrigação prevista neste contrato para que tal descumprimento seja sanado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar do recebimento de notificação escrita.

14. CLÁUSULA QUATORZE - DO FORO

Fica eleito o Foro da Comarca de Cuiabá/MT, com renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja para solução de quaisquer dúvidas que vierem a surgir durante a execução do presente Contrato.

E por estarem assim de acordo, assinam o presente instrumento.

Cuiabá-MT, ____ de _____ de 2025.

NOME REPRESENTANTE OSS

*Qualificação completa da entidade
CONTRATADA*

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

*Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso
CONTRATANTE*

ANEXO VI – 6. CRONOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA

EVENTO	DATA PREVISTA
Publicação do edital no D.O.E./MT, em jornal de grande circulação, no D.O.U., e disponibilização no sítio eletrônico da SES/MT e da Associação Mato-Grossense dos Municípios de Mato Grosso - AMM	14/05/2025
Solicitação de agendamento da visita técnica às instalações do objeto do edital	Até 21/05/2025
Agendamento/realização da visita por parte da SES/MT	Até 28/05/2025
Prazo para pedido de esclarecimentos e impugnações	Até 02/06/2025
Data limite para a divulgação das respostas no site da SES/MT	Até 09/06/2025
Prazo de elaboração e data final para entrega dos documentos de habilitação e da proposta de trabalho	Até 09/07/2025
Sessão pública	14/07/2025
Prazo para a comissão julgadora analisar e julgar os documentos de habilitação e as propostas de trabalho	Até 08/08/2025
Prazo para a SES/MT divulgar a ata da comissão julgadora com a ordem de classificação preliminar	11/08/2025
Prazo único de recurso acerca da análise/julgamento dos documentos de habilitação/proposta de trabalho	Até 18/08/2025
Prazo único de contrarrazões acerca de recurso(s)	Até 25/08/2025
Publicação e homologação do resultado final	09/09/2025
Prazo para convocação da OSS vencedora	Até 09/10/2025
Prazo para a vencedora apresentar a documentação prévia para a celebração do contrato de gestão	Até 24/10/2025

ANEXO VII – 7. FORMULÁRIO DE ENVIO DE PROPOSTA

Versão completa para download e preenchimento:

<https://docs.google.com/document/d/1AMo7NbWKwY0vsDoOEQ4z38YY1vWxNhQg/edit?usp=sharing&ouid=106036636803864343243&rtpof=true&sd=true>

À SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO – SES/MT

protocolo@ses.mt.gov.br - assunto: “CHAMAMENTO HRS/OSS - NOME DA INSTITUIÇÃO”

_____ (nome da OSS), pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, CNPJ n.º _____, com matriz administrativa na _____, n.º _____, bairro _____, CEP _____, Município/Estado _____, **por seu representante legal abaixo assinado**, _____ (nome do representante legal e cargo), CPF n.º _____, vem:

1. INDICAR um representante, arrolando nome, telefone e e-mail que possa ser contatado para assuntos e informações inerentes ao presente chamamento:

Nome e cargo/telefone e e-mail, válidos para comunicações oficiais

2. DECLARAR:

2.1. que não se enquadra em nenhum dos impedimentos estabelecidos no item 3.2. do edital (3. DA CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS) e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no referido documento;

2.2. que está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos;

2.3. a autoria, veracidade e autenticidade de todas as informações apresentadas, sob pena de desclassificação e responsabilização, sem prejuízo das penalidades previstas no art. 299 do Código Penal e das sanções da Lei Federal n.º 8.429/1992 (Lei de Improbidade Administrativa);

2.4. que está apresentando os cadernos de forma ORGANIZADA, assim nomeados e elaborados na mesma sequência de apresentação dos itens do edital aos quais se destina à comprovação do cumprimento, contendo em cada anexo capa(s) identificadora(s) com a descrição mínima dos documentos que compõem o arquivo em PDF, no limite de 25MB cada*, na seguinte ordem e composição:

CADERNO 1 - habilitação jurídica;

CADERNO 2 - habilitação fiscal e trabalhista;

CADERNO 3 - habilitação econômico-financeira;

CADERNO 4 - habilitação técnica;

CADERNO 5 - proposta de trabalho - Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres - Unidade I;

CADERNO 6 - proposta de trabalho - Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres Anexo I (Unidade II);

CADERNO 7 - documentação para pontuação classificatória - avaliação geral da OSS.

2.5. que, neste anexo de protocolo, está apresentando o preenchimento da coluna **“Coluna para preenchimento pela OSS com a indicação da página na qual encontra-se a ‘Comprovação documental: documento(s) exigido(s)’”** dos quadros 1, 2 e 3 do ANEXO III – Requisitos Classificatórios e seus Critérios de Avaliação.

**Considerando que o limite para inserção dos arquivos no sistema SIGADOC é de 25MB por arquivo PDF, os cadernos que ultrapassarem esse limite deverão ser fracionados sob a seguinte lógica de organização: CADERNO 1 - 1/3 (caso o caderno necessite ser fracionado, por exemplo, em 3 partes de 25MB).*

Cidade/UF, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do representante legal da OSS

ANEXO VIII – 8. QUANTITATIVO DE SERVIDORES EFETIVOS DA SES/MT EM EXERCÍCIO NAS UNIDADES

Apresenta-se no quadro 1, o detalhamento do quadro de pessoal por categoria profissional e custos estimados dos servidores efetivos a serem cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, bem como dos servidores contratados atualmente pela SES/MT.

Quadro 01. Detalhamento do quadro de pessoal por categoria profissional e subsídios: custos estimados da UNIDADE I e UNIDADE II

Quadro de pessoal com vínculo de contrato temporário, regime celetista							
Nível de escolaridade	Perfil	Qt.	Subsídio (R\$)	Adicional de plantão (média mensal) (R\$)	Adicional noturno (média mensal) (R\$)	Adicional de insalubridade (R\$)	Total (R\$)
Nível superior	Administrador	2	5.783,28	-	-	-	11.566,56
	Analista administrativo	6	4.404,96	-	-	-	26.429,76
	Analista de TI	3	3.670,80	3.052,21	-	-	14.064,61
	Assessor técnico de direção II	12	7.341,60	-	-	-	88.099,20
	Assistente social	6	4.111,30	4.340,83	-	693,75	29.702,38
	Assistente de direção III	3	10.871,44	-	-	-	32.614,32
	Diretor técnico médico	1	22.024,80	-	-	-	22.024,80
	Enfermeiro	120	5.139,12	158.752,87	4.951,34	12.277,83	792.676,44
	Enfermeiro auditor	1	5.139,12	-	-	-	5.139,12
	Engenheiro do trabalho	1	7.341,60	-	-	-	7.341,60
	Farmacêutico	22	4.698,63	25.846,58	537,86	925,00	130.679,30
	Fisioterapeuta	35	3.891,05	35.051,81	-	2.081,25	173.319,81
	Médico	12	7.341,60	8.570,53	3.501,66	-	100.171,39
	Psicólogo	6	5.282,95	3.563,53	-	925,00	36.186,23
nível médio	Assistente administrativo	76	3.156,88	41.057,85	391,49	-	281.372,22
	Auxiliar de farmácia	5	1.908,82	4.329,67	-	-	13.873,77
	Auxiliar de laboratório	1	1.908,82	383,88	-	-	2.292,70
	Condutor de ambulância	4	2.538,45	4.121,71	48,43	1.833,59	16.157,53
	Secretaria	17	2.789,81	5.109,62	-	-	52.536,39
	Técnico de eletricidade	1	3.230,31	1.322,25	-	-	4.552,56
	Técnico de enfermagem	339	2.789,81	383.243,40	14.663,66	48.470,00	1.392.122,65
	Técnico de imobilização ortopédica	1	2.349,31	448,21	-	-	2.797,52
	Técnico de informática	1	2.642,97	1.990,77	-	-	4.633,74
	Técnico em laboratório	4	1.908,82	3.787,57	-	555,00	11.977,85
	técnico em radiologia	20	4.111,30	12.393,15	-	3.774,00	98.393,15
	técnico em segurança do trabalho	3	2.496,15	-	-	-	7.488,45
Nível fundamental	Auxiliar administrativo	2	1.761,98	684,32	-	-	4.208,28
	Auxiliar operacional	62	2.055,64	39.850,26	39,22	7.203,06	174.542,22
	Maquero	24	1.908,82	17.911,57	-	4.070,00	63.723,25
	Motorista	2	1.908,82	-	-	-	3.817,64
	Oficial manutenção	1	2.055,64	1.043,83	-	-	3.099,47
	Recepcionista	18	1.908,82	7.617,89	-	2.590,00	44.566,65
	Telefonista	1	1.615,15	-	-	-	1.615,15
		812	-	764.474,30	24.133,66	85.398,48	3.653.786,70



Patronal (média mensal) (R\$)				214.052,80	6.757,42	23.911,57	1.023.060,28
Total + Patronal (R\$)				978.527,10	30.891,08	109.310,05	4.676.846,97
Quadro de servidores efetivos							
Nível de escolaridade	Perfil	Qt.	Subsídio (R\$)	Adicional de plantão (média mensal) (R\$)	Adicional noturno (média mensal) (R\$)	Adicional de insalubridade (R\$)	Total (R\$)
Nível superior	Assistente social	1	26.172,02	9.540,89	-	578,87	97.169,39
		2	22.372,00				
		1	16.133,61				
	Biólogo	1	23.266,83	1.206,55	-		23.266,83
	Bioquímico	1	24.197,52	2.434,64	-	555,00	70.210,20
		2	21.511,50				
	Contador	1	23.266,83	3.498,07	-	250,65	70.038,55
		2	21.511,50		-		
	Enfermeiro	1	24.197,52	8.749,83	2.419,75	1.195,04	186.067,25
		5	22.372,00				
		1	21.511,50				
		1	16.133,61				
	Farmacêutico	1	21.511,50	1.960,64	-	370,00	23.842,14
	Biomédico	1	22.372,00	-	-	185,00	22.557,00
	Farmacêutico-bioquímico	2	22.372,00	2.736,27	-	280,48	47.480,27
	Fisioterapeuta	1	22.372,00	7.038,20	-	508,75	70.304,54y
		1	21.511,50				
		1	18.874,09				
	Fonoaudiólogo	1	21.511,50	1.357,37	-	95,48	22.964,35
	Médico - cardiologista	1	16.779,02	1.551,27	-	138,75	18.469,04
	Médico - cirurgião geral	1	22.372,00	1.659,00	-	185,00	24.216,00
	Médico - clínico geral	1	22.372,00	4.197,52	1.034,21	323,75	43.440,58
		1	15.513,10				
	Médico - ginecologista/obstetrícia	1	16.779,02	2.111,46	-	76,09	18.966,57
	Médico - intensivista	1	22.372,00	2.513,64	-	185,00	25.070,64
		1	16.779,02				
	Médico - neurologista	1	13.224,28	1.460,65	-	-	14.684,93
	Médico - pediatra	1	16.133,61	1.522,54	-	138,75	17.794,90
	Nutricionista	1	22.372,00	-	-	185,00	22.557,00
	Psicólogo	2	23.266,63	3.111,73	-	531,13	66.208,22
		1	16.032,10				
Nível médio	Assistente de administração	3	11.591,79	49.764,56	10.632,80	5.093,47	410.422,76
		4	11.145,95				
		14	10.717,21				
		8	10.305,01				
		1	9.287,16				
		2	8.037,90				
		1	7.728,78				
	Auxiliar de enfermagem	1	4.580,00	49.073,13	-	7.222,46	504.349,80
		1	7.728,78				
		12	10.305,01				
		26	10.717,21				
		3	11.145,95				
	Auxiliar de laboratório	1	10.717,21	2.563,91	-	185,00	13.466,12

	Auxiliar de patologia clínica	1	10.717,21	2.061,19	-	185,00	12.963,40
	Motorista	4	10.717,21	-	-	823,55	53.997,40
		1	10.305,01				
	Técnico em enfermagem	2	11.145,95	16.226,37	-	1.908,19	155.636,46
		10	10.717,21				
		1	8.037,90				
	Técnico em patologia clínica	1	10.717,21	1.579,99	-	185,00	12.482,20
	Técnico em radiologia	3	8.037,90	3.417,65	-	832,50	28.363,85
	Técnico em vigilância sanitária e saúde ambiental	1	10.717,21	2.413,10	-		13.130,31
Nível fundamental	Auxiliar de serviços gerais	27	6.124,09	34.115,66	-	4.732,42	204.198,51
	Cozinheiro	3	6.369,07	7.728,02	-	740,00	39.823,41
		2	6.124,09				
	Oficial de manutenção	3	5.888,58	-	-	841,45	30.755,37
		2	6.124,09				
	Vigia	1	7.164,37	4.108,00	-	740,00	30.149,13
		2	6.124,09				
		1	5.888,58				
	Total	182	-	229.701,85	14.086,76	29.271,78	2.395.047,12
Patronal (r\$)				64.316,52	3.944,29	8.196,10	670.613,19
Total + patronal (R\$)				294.018,37	18.031,05	37.467,88	3.065.660,31

Fonte: Documento SIGADOC SES-CIN-2025/11505A de 27 de janeiro de 2025. Relação atualizada da quantidade de profissionais lotados nas duas Unidades do Hospital Regional Doutor Antonio Fontes de Cáceres (Sede e Anexo I)pdf.

Observações: (*) As informações referentes ao quantitativo de servidores, bem como dos subsídios, representam valores identificados no momento da extração da informação do SEAP - Novembro 2024 pela Superintendência de Gestão de Pessoas/SES-MT, podendo variar conforme competência, em razão de movimentação de servidores, afastamentos e pagamentos de outros benefícios.

ANEXO IX – 9. MINUTA DE TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

TERMO DE PERMISSÃO GRATUITA DE USO DE BEM MÓVEL
PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º SES-PRO-2025/22650
CONTRATO DE GESTÃO N.º ____/2025/SES-MT

TERMO DE PERMISSÃO DE USO GRATUITO DE BENS MÓVEIS QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE MATO GROSSO, POR MEIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, E A/O (QUALIFICAÇÃO COMPLETA DA ENTIDADE) PARA OS FINS QUE MENCIONA.

O ESTADO DE MATO GROSSO, por meio da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, com sede no Centro Político Administrativo, bloco 05, Cuiabá/MT, CNPJ n.º 04.441.389/0001-61, neste ato representado pelo Secretário de Estado de Saúde, SR. ____, brasileiro, RG n.º ____, CPF sob o n.º ____, doravante denominada PERMITENTE; e de outro lado a (QUALIFICAÇÃO COMPLETA DA ENTIDADE), doravante denominada PERMISSIONÁRIA, neste ato representada por seu/sua representante legal (...) e as testemunhas qualificadas e assinadas ao final do presente, têm entre si, justo e avençado o presente TERMO DE PERMISSÃO GRATUITA DE USO DE BEM MÓVEL, pelo que PERMITENTE E PERMISSIONÁRIA nos termos da Lei Estadual n.º 11.109, de 20 de abril de 2020, obrigam-se às normas de direito público vigente, e as estipulações que seguem:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente instrumento tem por objeto permitir o uso gratuito dos bens móveis, no âmbito do contrato de gestão em epígrafe, conforme inventário a ser anexado a este termo, imediatamente após a assinatura do contrato e antes do início da gestão do Hospital Regional Doutor Antônio Fontes de Cáceres e do Anexo I.

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES

2.1. A PERMISSIONÁRIA se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do SUS, obrigando-se a:

- I. realizar, após a assinatura do Termo de Permissão de Uso, o levantamento patrimonial de todos os bens móveis permanentes das unidades hospitalares e, posteriormente, de forma obrigatória, realizar anualmente o inventário patrimonial, seguindo a normativa estadual vigente, incluindo os bens adquiridos com recursos do contrato de gestão;
- II. formalizar a incorporação de bem móvel permanente, adquirido ou recebido por doação, adotando, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todos os procedimentos exigidos pela normativa estadual vigente, por meio de comunicação oficial ao setor de patrimônio da PERMITENTE;
- III. comunicar formalmente à PERMITENTE qualquer perda ou dano na plaqueta de identificação patrimonial dos bens, para que seja providenciada a imediata substituição;
- IV. realizar a incorporação de todos os bens móveis permanentes ainda não registrados no sistema de gestão patrimonial do Estado, em caso de extinção, dissolução ou desqualificação;

V. proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante laudo técnico, do bem cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe seja necessário ao cumprimento das metas pactuadas;

VI. utilizar e manter os bens móveis sob a sua guarda e responsabilidade em perfeito estado de higiene, conservação, funcionamento e manutenção, de acordo com o estabelecido no contrato de gestão;

VII. responsabilizar-se por toda e qualquer despesa (impostos, taxas, multas, entre outros custos) relacionada ao bem móvel permanente sob sua utilização e guarda, seja de propriedade da PERMITENTE e/ou adquirido por meio de compra, doação e locação, devendo encaminhar os comprovantes de recolhimento à PERMITENTE;

VIII. responsabilizar-se pela reparação de dano e, em caso de uso inadequado do bem, proceder com o ressarcimento à PERMITENTE;

IX. não realizar qualquer modificação ou alteração nos bens móveis permanentes sob sua utilização e guarda, sem a prévia e expressa anuência da PERMITENTE;

X. adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens móveis sob sua utilização e guarda;

XI. informar imediatamente a PERMITENTE caso os bens venham a sofrer qualquer turbacão ou esbulho por terceiros;

XII. nomear a PERMITENTE à autoria em demandas judiciais relacionadas aos bens móveis permanentes sob sua responsabilidade e guarda, caso seja citada em nome próprio, observando o prazo legal;

XIII. apresentar Boletim de Ocorrência à SES/MT, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso;

XIV. comunicar imediatamente a PERMITENTE qualquer avaria provocada por terceiros, de forma culposa ou dolosa, detalhando o ocorrido e identificando o responsável e, em caso de dano intencional, registrar Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato;

XV. manter os equipamentos e instrumentais necessários à execução dos serviços contratados em perfeitas condições de uso, salvo desgaste natural decorrente do uso, sob pena de indenizar a PERMITENTE por dano causado;

XI. solicitar prévia avaliação e autorização expressa da PERMITENTE para a permuta de bens móveis permanentes, conforme disposto na Lei n.º 11.109/2020;

XII. solicitar à PERMITENTE a avaliação de bem potencialmente inservível, cabendo à mesma, caso assim classifique o bem, adotar as providências necessárias para sua correta destinação, conforme a Instrução Normativa n.º 003/2024/SEPLAG ou norma que a substituir;

XIII. guardar/manter os bens nas unidades hospitalares, somente podendo remanejá-los com a expressa autorização da PERMITENTE;

XIV. não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento da PERMITENTE;

2.1.1. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pela PERMITENTE e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.1.2. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pela PERMISSIONÁRIA, fica garantida a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pela PERMITENTE.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DOS RISCOS

3.1. Havendo risco aos bens objeto do presente termo e seus acessórios, bem como aos bens pertencentes à PERMISSIONÁRIA e, esta última vier a resguardar somente os seus objetos, ficará essa responsável pelos danos ocorridos à PERMITENTE, mesmo que atribua à causa a ocorrência de força maior ou caso fortuito.

4. CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E DA PUBLICAÇÃO

4.1. O presente instrumento vigorará enquanto vigor o contrato de gestão ao qual estiver vinculado.

4.2. A PERMITENTE fará a publicação do extrato deste instrumento.

5. CLÁUSULA QUINTA - DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do contrato, devendo, para tanto, ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

6. CLÁUSULA SEXTA - DAS BENFEITORIAS E DA VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pela PERMISSIONÁRIA serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. A PERMITENTE deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pela PERMISSIONÁRIA, das obrigações assumidas neste instrumento, independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

7. CLÁUSULA SÉTIMA - DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, a PERMISSIONÁRIA deverá:

I. ressarcir a PERMITENTE no valor de mercado dos bens, **em 30 (trinta) dias**, contados da ocorrência do fato; ou

II. adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Mato Grosso, após prévia avaliação e expressa autorização da PERMITENTE, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

8. CLÁUSULA OITAVA - DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. A PERMISSONÁRIA se compromete a restituir à PERMITENTE todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra a rescisão ou a extinção do contrato de gestão ao qual está vinculado ou deste instrumento.

8.2. A PERMISSONÁRIA poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

9. CLÁUSULA NONA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

9.1. O presente instrumento tem fundamento na Lei Estadual n.º 11.109, de 20 de abril de 2020, e nas cláusulas e condições estipuladas neste termo e no contrato de gestão ao qual estiver vinculado.

10. CLÁUSULA DEZ - DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com **antecedência mínima de 60 (sessenta) dias**, retornando os bens ao status quo ante.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante **notificação prévia de 60 (sessenta) dias**, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexecutável.

11. CLÁUSULA ONZE - DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Cuiabá-MT como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

Cuiabá-MT, ____ de _____ de 2025.

NOME REPRESENTANTE OSS

*Qualificação completa da entidade
CONTRATADA*

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

*Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso
CONTRATANTE*

ANEXO X – 10. MINUTA DE TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS IMÓVEIS

TERMO DE PERMISSÃO GRATUITA DE USO DE BEM IMÓVEL
PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º SES-PRO-2025/22650
CONTRATO DE GESTÃO N.º ____/2025/SES-MT

TERMO DE PERMISSÃO DE USO GRATUITO DE BENS IMÓVEIS QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE MATO GROSSO, POR MEIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, E A/O (QUALIFICAÇÃO COMPLETA DA ENTIDADE) PARA OS FINS QUE MENCIONA.

O ESTADO DE MATO GROSSO, por meio da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, com sede no Centro Político Administrativo, bloco 05, Cuiabá/MT, CNPJ n.º 04.441.389/0001-61, neste ato representado pelo Secretário de Estado de Saúde, SR. ___, brasileiro, RG nº ___, CPF sob o nº ___, doravante denominada PERMITENTE; e de outro lado a (QUALIFICAÇÃO COMPLETA DA ENTIDADE), doravante denominada PERMISSIONÁRIA, neste ato representada por seu/sua representante legal (...) e as testemunhas qualificadas e assinadas ao final do presente, têm entre si, justo e avençado o presente **TERMO DE PERMISSÃO GRATUITA DE USO DE BEM IMÓVEL**, pelo que PERMITENTE E PERMISSIONÁRIA nos termos da Lei Estadual n.º 11.109, de 20 de abril de 2020, obrigam-se às normas de direito público vigente, e as estipulações que seguem:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente instrumento tem por objeto permitir o uso gratuito dos imóveis do Hospital Regional Dr. Antônio Fontes e do Anexo I (Unidade I e Unidade II), exclusivamente para fins de gestão das referidas unidades no âmbito do contrato de gestão em epígrafe, conforme inventário a ser anexado a este termo, imediatamente após a assinatura do contrato e antes do início da gestão contratual.

1.1.1. Identificação dos imóveis:

UNIDADE I - Hospital Regional Dr. Antônio Fontes/CNES 2534460

Endereço: Avenida Getúlio Vargas, Nº.1670, Bairro: Santa Izabel, Cáceres/MT, CEP:78210-514

UNIDADE II - Hospital Regional Dr. Antônio Fontes ANEXO I/CNES: 2395037

Endereço: Rua Padre Cassemiro, Nº.2790, Centro, Cáceres/MT, CEP: 78210-094

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES

2.1. A PERMISSIONÁRIA se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do SUS, obrigando-se a:

2.1.1. utilizar os bens imóveis exclusivamente para execução do objeto pactuado, podendo, somente em casos excepcionais, devidamente justificados e autorizados expressamente pela PERMITENTE, ser utilizados em outras ações vinculadas ao cumprimento do objeto social da PERMISSIONÁRIA;

2.1.2. responsabilizar-se pela quitação de impostos dos bens imóveis sob permissão de uso, bem como de taxas, de despesas de consumo de água/energia, de custos de assistência preventiva/corretiva, de valores por reparação por danos, bem como de ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado;

2.1.3. realizar manutenção preventiva e corretiva dos bens em permissão de uso, próprios ou locados, utilizados para a prestação do serviço, com reposições necessárias à manutenção, observando as diretrizes e responsabilidades específicas definidas nas normativas da legislação;

2.1.4. prover assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nas instalações hidráulicas, elétricas, prediais e de gases em geral, observando as diretrizes e responsabilidades específicas definidas nas normativas da legislação;

2.1.5. vistoriar integralmente os imóveis, no **prazo máximo de 30 (trinta) dias** após a celebração do contrato de gestão, emitindo termos de vistoria atestando os estados de conservação, acompanhados de acervo fotográfico e documental relativo à situação dos prédios;

2.1.6. no caso de rescisão ou extinção do contrato de gestão, restituir os imóveis cedidos nas mesmas condições em que os recebeu, respeitada suas depreciações naturais e os termos de vistoria;

2.1.7. não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros os imóveis objeto deste termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresse consentimento da PERMITENTE;

2.1.8. declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público de dar destinação diversa da prevista neste instrumento dos imóveis ora cedidos.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA E DA PUBLICAÇÃO

3.1. O presente instrumento vigorará enquanto vigor o contrato de gestão ao qual estiver vinculado.

3.2. A PERMITENTE fará a publicação do extrato deste instrumento.

4. CLÁUSULA QUARTA - DAS ALTERAÇÕES

4.1. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do contrato, devendo, para tanto, ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

5. CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E DA VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pela PERMISSONÁRIA serão incorporadas aos imóveis, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. A PERMITENTE deverá proceder vistoria nos imóveis cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pela PERMISSONÁRIA, das obrigações assumidas neste instrumento, independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

5.2.1. A PERMISSONÁRIA poderá, a qualquer momento, apresentar projetos para a melhoria e/ou ampliação dos serviços assistenciais, bem como para a estruturação física das Unidades I e II, juntamente com cronograma de implementação, orçamento econômico-financeiro detalhado e demais documentos pertinentes, em conformidade com as normas da SES/MT.

5.2.2. Os valores atinentes aos projetos de investimentos aprovados serão definidos em termo aditivo contratual, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrado a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

6. CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

6.1. O presente instrumento tem fundamento na Lei Estadual n.º 11.109, de 20 de abril de 2020, e nas cláusulas e condições estipuladas neste termo e no contrato de gestão ao qual estiver vinculado.

7. CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com **antecedência mínima de 60 (sessenta) dias**, retornando os bens ao status quo ante.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante **notificação prévia de 60 (sessenta) dias**, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexecutável.

8. CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Cuiabá-MT como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

Cuiabá-MT, ____ de _____ de 2025.

NOME REPRESENTANTE OSS

*Qualificação completa da entidade
CONTRATADA*

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

*Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso
CONTRATANTE*

ANEXO XI – 11. ATESTADO DE VISITA TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins que NOME DA INSTITUIÇÃO INTERESSADA, CNPJ, ENDEREÇO, neste ato representada por REPRESENTANTE(S) DA INSTITUIÇÃO, CPF, CONTATO, FUNÇÃO/CARGO NA INSTITUIÇÃO DE CADA REPRESENTANTE PARTICIPANDO DA VISITA , realizou visita técnica, nesta data, **no Hospital Regional Dr. Antônio Fontes e do Anexo I (Unidade I e Unidade II)**, tomando pleno conhecimento das condições locais e infraestrutura imprescindíveis para o gerenciamento dos referidos estabelecimentos.

O(s) representante(s) da NOME DA INSTITUIÇÃO INTERESSADA, por meio deste atestado de visita técnica, declara(m) que não percorreu(ram) nenhuma área do **Hospital Regional Dr. Antônio Fontes e do Anexo I (Unidade I e Unidade II)** desacompanhado(s); que durante o período de visita técnica não foram prestados esclarecimentos quanto ao edital; que não realizou(ram) registro audiovisual da visita técnica ou das unidades hospitalares; e que não utilizou(ram) aparelhos eletrônicos como celulares, gravadores, máquinas fotográficas e afins durante a visita.

Este atestado é emitido em duas vias originais, uma via será retida pela SES/MT e a outra entregue para a instituição que realiza a visita técnica.

Cáceres-MT, ____ de _____ de 2025.

Nome

Matrícula

Responsável pela condução da visita técnica no Hospital Regional Dr. Antônio Fontes e do Anexo I
(Unidade I e Unidade II)

Ciente(s), _____
Nome(s) representante(s) da entidade

ANEXO XII – 12. MODELO DO REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÃO DA CONTRATADA

13.1. Conforme o inciso XIX do art. 11 do Decreto n.º 764/2024, o contrato de gestão deverá conter, sem prejuízo ao disposto art. 21 da Lei Complementar nº 583/2017, no mínimo, cláusula que estabeleça a previsão de que as contratações pela OSS de bens, obras e serviços de toda espécie, inclusive as que envolvam a terceirização de mão de obra, deverão ser realizadas conforme **REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO** elaborado e publicizado pela respectiva OSS, **com prévia análise e aprovação pela Controladoria-Geral do Estado**, sendo indispensável a cotação prévia de preços de mercado e inviável a celebração de contratos com custos superiores aos dos pactuados nos contratos correspondentes da SES.

13.2. Neste anexo ficam estabelecidas as diretrizes mínimas para a elaboração do REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO pela Organização Social de Saúde, aplicando-se a todas as compras, obras, serviços e recursos humanos contratados.

13.3. Os contratos a serem celebrados pela Organização Social com terceiros com recursos públicos, devem ser conduzidos de forma pública, objetiva e impessoal, com observância aos princípios do caput do art. 37 da Constituição Federal, incluindo para seleção de pessoal.

13.4. DAS COMPRAS:

- I. Compra avulsa: aquisição pontual de bens ou serviços, limitada a três compras do mesmo fornecedor no mesmo ano;
- II. Compra recorrente: aquisição regular e contínua de bens ou serviços ao longo do ano;
- III. Solicitação de compra: solicitação formal para iniciar um processo de aquisição, podendo ser avulsa ou recorrente, realizada pelos colaboradores da OSS, sempre que estes identificam a necessidade de compra de um bem e/ou prestação de um serviço;
- IV. Fornecedor exclusivo: situação em que apenas um fornecedor pode atender à demanda, exigindo justificativa e aprovação do presidente ou diretoria da Organização Social.

13.4.1. Ao identificar a necessidade de aquisição de um bem ou serviço, a área responsável deve verificar a disponibilidade orçamentária e definir se a compra será avulsa ou recorrente, conforme estabelecido neste regulamento.

13.4.2. Sendo aprovada a solicitação de compras, a OSS buscará prestadores aptos ao fornecimento do bem ou prestação de serviços, avaliando e negociando questões relacionadas à qualidade, preço e fazendo pesquisas de mercado, para identificar fornecedores qualificados que atendam aos critérios estabelecidos, garantindo qualidade, confiabilidade e conformidade com as políticas e diretrizes institucionais.

13.4.3. As aquisições de bens e serviços deverão obedecer aos seguintes procedimentos:

- I. Exigência de no mínimo três orçamentos para aquisições, observando-se os seguintes critérios:
 - a. Para contratações de baixa complexidade: prazo mínimo de 5 dias úteis, aplicável a aquisições com valores de até R\$ 62.725,59;
 - b. Para contratações de maior complexidade ou de grande vulto: prazo mínimo de 10 dias úteis, para aquisições com valores superiores a R\$ 62.725,59;
 - c. O valor estabelecido poderá ser atualizado conforme art. 75, inciso II, da Lei n.º 14.133/2021.
- II. Critérios para aquisições emergenciais, assegurando a transparência e a competitividade;
- III. Definição clara dos procedimentos de solicitação, qualificação de fornecedores e emissão de ordens de compra.

13.4.4. As propostas deverão ser apresentadas conforme as instruções da solicitação de cotações, a qual estabelecerá os critérios de avaliação, julgamento das propostas e desempate entre os proponentes, destacam-se:

- I. Verificação da regularidade fiscal e trabalhista;
- II. Avaliação técnica: conformidade com especificações, qualidade dos produtos/serviços e capacidade técnica;
- III. Prazo e logística: cumprimento dos prazos e capacidade de atendimento a demandas;
- IV. Atendimento e suporte: qualidade do atendimento, suporte técnico e garantia.

13.4.5. Todas as etapas do processo de compras serão divulgadas em meio oficial, assegurando transparência dos atos.

13.5. DA CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS DE ENGENHARIA

13.5.1. A contratação de obras e serviços de engenharia deverá observar:

- I. Seleção baseada na competência técnica e melhor custo-benefício;
- II. Conformidade com normas de engenharia, segurança do trabalho e ambientais;
- III. Adoção de critérios de sustentabilidade e economicidade.

13.6. DOS SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS

13.6.1. Os serviços técnicos profissionais especializados serão classificados em:

- I. Serviços na área da saúde: compreendem atividades profissionais e técnicas voltadas à prestação de cuidados médicos, suporte técnico e desenvolvimento de competências específicas no setor de saúde;
- II. Outras atividades especializadas: abrangem serviços que exigem conhecimento técnico avançado e especializado, executados por profissionais ou organizações com qualificação específica, essenciais para demandas que requeiram expertise técnica.

13.7. DOS RECURSOS HUMANOS

13.7.1. A seleção de pessoal pela OSS deverá observar os princípios da administração pública, conforme entendimento da ADI n.º 1923-DF, garantindo transparência, objetividade e impessoalidade, bem como observar as exigências da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e legislação complementar aplicável.

13.8. DAS OBRIGAÇÕES DA OSS VENCEDORA

13.8.1. O regulamento deverá estabelecer minimamente as seguintes medidas, que deverão ser efetivamente implementadas:

- I. Manutenção de registros detalhados das compras e contratações;
- II. Designação de responsáveis e segregação de funções;
- III. Observância rigorosa dos procedimentos de alienação e práticas contábeis;
- IV. Cumprimento de todas as rotinas estabelecidas no regulamento.

13.8.2. O procedimento de contratação e aquisição seguirá, no mínimo, as seguintes etapas:

- I. Solicitação de compras;
- II. Qualificação de fornecedores;
- III. Coleta de preços;
- IV. Apuração da melhor oferta;

V. Emissão de ordem de compra.

13.9. Situações em que procedimentos competitivos possam ser dispensados deverão ser detalhadamente justificadas, como em casos de urgência ou impossibilidade real de competição.

13.10. O regulamento deverá prever revisões periódicas para assegurar sua adequação à legislação vigente e às necessidades operacionais da OSS.

13.11. Deverão ser estabelecidos mecanismos para a resolução de dúvidas interpretativas e situações não previstas.

13.12. Os contratos deverão ser minuciosamente elaborados e revisados periodicamente para garantir conformidade com a legislação e as necessidades operacionais.

13.13. A fiscalização das contratações será essencial para garantir a correta execução dos contratos, devendo ser implementados mecanismos de controle eficientes.

13.14. DA ESTRUTURA MÍNIMA DO REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO

I. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- a.** Contextualização do regulamento e finalidade;
- b.** Objeto e aplicabilidade do regulamento;
- c.** Importância das diretrizes de compras para a OSS;
- d.** Princípios básicos;
- e.** Das definições compras, contratações, obras, serviços, alienações e demais termos e itens que julgar necessários.

II. DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO

- a.** Das compras;
- b.** Dos procedimentos de aquisição de obras e serviços de engenharia;
- c.** Dos serviços técnicos profissionais especializados;
- d.** Das obrigações.

III. DOS CRITÉRIOS E DAS MODALIDADES DE SELEÇÃO

- a.** Critérios de julgamento de propostas;
- b.** Qualificação dos fornecedores.

IV. DA GESTÃO DE CONTRATOS

- a.** Elaboração e revisão dos contratos;
- b.** Execução e fiscalização dos contratos.

V. DAS CONTRATAÇÕES EXCEPCIONAIS OU EXCEÇÕES

- a.** Situações que não haja competição;
- b.** Situações de fornecedor exclusivo;
- c.** Contratação de concessionário ou permissionário de serviços públicos se o objeto do contrato for pertinente ao da concessão ou permissão;
- d.** Contratação com empresas cujo objeto tenha o preço submetido à tabela controlada pelo governo, quando não for possível o estabelecimento da concorrência;

- e. Quando a aquisição de bens e serviços for de pequena monta, assim consideradas aquelas cujo preço não ultrapassar o valor de **R\$ 62.725,59**;
- f. Nas compras ou contratações realizadas em caráter urgência ou emergência, caracterizadas pela ocorrência de fatos inesperados e imprevisíveis, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso, importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas ou equipamentos, reconhecidos pela administração;
- g. Nos casos de grave perturbação da ordem pública ou calamidade pública, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso, importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas, equipamentos, patrimônio público ou particular sob responsabilidade da OSS, reconhecidos pela administração.

VI. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

- a. Revisão e atualização do regulamento;
- b. Resolução de casos omissos.