

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATO DE GESTÃO N.º 002/2025/SES/MT

PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º SES-PRO-2025/62988

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 DA **UNIDADE DE SAÚDE METROPOLITANO-HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA**, localizado no município de Várzea Grande, 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

SUMÁRIO.....	2
1. DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS.....	5
2. DO OBJETO, DO VALOR E DA VIGÊNCIA.....	6
2.4. Do valor estimado de custeio, investimento e reserva legal.....	6
3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO DAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS.....	8
4. DA DOCUMENTAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA E DA FORMA DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS.....	9
4.2.1. Quanto à habilitação jurídica da OSS - CADERNO 1:.....	10
4.2.2. Quanto à habilitação fiscal e trabalhista da OSS - CADERNO 2:.....	11
4.2.3. Quanto à habilitação econômico-financeira - CADERNO 3:.....	11
4.2.4. Quanto à habilitação técnica - CADERNO 4:.....	11
4.2.5. Quanto à proposta de trabalho - CADERNO 5:.....	12
4.2.6. Quanto à documentação para pontuação classificatória - avaliação geral da OSS - CADERNO 6:.....	13
5. DA VISITA TÉCNICA E DOS PEDIDOS DE ESCLARECIMENTOS/IMPUGNAÇÕES.....	14
6. DA ANÁLISE E JULGAMENTO DAS PROPOSTAS.....	15
7. DOS RECURSOS.....	17
8. DO RESULTADO DO PROCESSO DE SELEÇÃO E CONVOCAÇÃO DA ENTIDADE VENCEDORA.....	17
9. DA SUCESSÃO.....	19
10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS.....	20
ANEXO I – 1. ESTUDO TÉCNICO.....	21
1. Descrição das atividades.....	21
1.1. A realidade loco-regional atual.....	21
1.2. Perfil epidemiológico do estado de Mato Grosso.....	22
1.3. Descrição da realidade hospitalar.....	33
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.....	41
3. Objetivos em termos de melhoria para o cidadão na prestação dos serviços com a adoção do modelo de organização social.....	44
3.1. Objetivos e mecanismos (com base legal e indicadores).....	44
3.1.1. Serviços mais ágeis (redução de filas, tempos e burocracia).....	44
3.1.2. Atendimento de maior qualidade e segurança do paciente.....	44
3.1.3. Acesso facilitado e continuidade do cuidado.....	44
3.1.4. Transparência e controle social focados no usuário.....	45
4. Análise de Custo-Benefício, Eficiência e Impactos Esperados da Gestão Indireta por Organização Social de Saúde... 45	
SÍNTESE TÉCNICA DA ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL (METROPOLITANO).....	45
4.1. Custo-benefício.....	46
4.2. Eficiência e produtividade com base em evidência.....	48
4.3. Impactos esperados.....	49
4.3.1. Comparativo entre a gestão pela entidade parceira e a gestão direta pelo Estado.....	50
4.3.2. Comparativo da estimativa de custos operacionais global entre a gestão pela entidade parceira e a gestão direta pelo Estado.....	51
4.4. Análise dos resultados.....	51
4.5. Critérios de análise comparativa entre administração direta e OSS: dimensões de análise.....	52

4.5.1. Dimensão: Gestão Administrativa.....	52
4.5.2. Dimensão: Gestão da Eficiência.....	54
4.6. Análise de riscos contratuais.....	62
Quadro 1. Classificação dos riscos identificados para a gestão por OSS, sinalizados como alta, média e baixa probabilidade, projeção do impacto, ações preventivas e corretivas a serem adotadas.....	63
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.....	68
6. Previsão de eventual cessão de imóveis e de outros bens materiais.....	69
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.....	70
8. Pesquisa e análise - parâmetros de preço.....	71
8.1. Síntese comparativa - custo por leito/dia e adequação ao parâmetro nacional de referência.....	73
9. Justificativa Técnica - Exigência de Nível III de Qualificação para Participação no Chamamento Público do Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva (Metropolitano).....	73
ANEXO A DO ESTUDO TÉCNICO - MEMÓRIA DE CÁLCULO DA ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL.....	75
ANEXO II – 2. PLANO DE TRABALHO.....	76
ANEXO A DO PLANO DE TRABALHO - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE AÇÕES E SERVIÇOS/ATIVIDADES ASSISTENCIAIS.....	92
ANEXO B DO PLANO DE TRABALHO - SISTEMA DE PAGAMENTO.....	146
1. SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	146
2. PROJETOS, PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO.....	146
3. METODOLOGIA DE PAGAMENTO.....	147
4. CRITÉRIOS DE PAGAMENTO.....	148
5. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE (10% do valor de custeio estimado).....	148
6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	149
ANEXO C DO PLANO DE TRABALHO - INDICADORES DE DESEMPENHO, PERFORMANCE E QUALIDADE.....	152
4. FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES DESEMPENHO, PERFORMANCE E QUALIDADE.....	159
ANEXO D DO PLANO DE TRABALHO - ENSINO E PESQUISA.....	197
ANEXO E DO PLANO DE TRABALHO - GESTÃO DO TRABALHO E RECURSOS HUMANOS.....	203
ANEXO F DO PLANO DE TRABALHO - ESTIMATIVA DE CUSTEIO.....	207
ANEXO III – 3. REQUISITOS CLASSIFICATÓRIOS E SEUS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO.....	210
ANEXO IV – 4. MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO E SEUS ANEXOS.....	219
1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO.....	219
2. CLÁUSULA SEGUNDA – DA ESPECIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE TRABALHO.....	220
3. CLÁUSULA TERCEIRA – DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS A SEREM ATINGIDAS E DOS INDICADORES DE QUALIDADE, PRODUTIVIDADE E EXCELÊNCIA EM GESTÃO.....	221
4. CLÁUSULA QUARTA – DA FORMA E DO MODO DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS.....	222
5. CLÁUSULA QUINTA - DA INTERVENÇÃO DO ESTADO.....	223
6. CLÁUSULA SEXTA – DO VALOR DE CUSTEIO E DE INVESTIMENTO, DA RESERVA LEGAL E DA CONTA GARANTIA.....	223
8. CLÁUSULA OITAVA – DAS OBRIGAÇÕES DA SES/MT.....	229
9. CLÁUSULA NONA – DAS OBRIGAÇÕES DA OSS CONTRATADA.....	231
10. CLÁUSULA DEZ – DAS VEDAÇÕES.....	243
11. CLÁUSULA ONZE – DOS BENS MÓVEIS.....	244
12. CLÁUSULA DOZE – DO MONITORAMENTO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO.....	246
12.10. CICLOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS E AVALIAÇÃO.....	249

12.10.1.1. CICLO MENSAL.....	250
12.10.1.2. CICLO TRIMESTRAL.....	250
12.10.1.3. CICLO ANUAL.....	251
13. CLÁUSULA TREZE - DAS SANÇÕES E DA RESCISÃO CONTRATUAL.....	251
14. CLÁUSULA QUATORZE - DO FORO.....	253
ANEXO V – 5. CRONOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA.....	255
ANEXO VI – 6. FORMULÁRIO DE ENVIO DE PROPOSTA.....	256
ANEXO VII – 7. QUANTITATIVO DE SERVIDORES EFETIVOS DA SES/MT EM EXERCÍCIO NA UNIDADE HOSPITALAR.....	257
ANEXO VIII – 8. MINUTA DE TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS.....	259
ANEXO IX – 9. MINUTA DE TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS IMÓVEIS.....	263
ANEXO X – 10. ATESTADO DE VISITA TÉCNICA.....	266
ANEXO XI – 11. MODELO DO REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÃO DA CONTRATADA.....	267

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATO DE GESTÃO N.º 002/2025/SES/MT
PROCESSO N.º SES-PRO-2025/62988**

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. Este processo, conduzido pelas comissões designadas pela Portaria n.º 0839/2024/GBSES e suas atualizações, observa o art. 5º, inciso I, alíneas 'a' e 'b' do Decreto n.º 764/2024. Seu objetivo é 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**. A OSS selecionada será responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução dos serviços de saúde do Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva, localizado em Várzea Grande/MT.

1.1.1. HOSPITAL ESTADUAL

Nome CNES: Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva

CNES: 6853781

Endereço: Avenida Dom Orlando Chaves S/N, Bairro: Cristo Rei, CEP: 78.118-187 - Várzea Grande/MT.

Tipo de unidade: Hospital-Geral

1.2. Integram o presente edital, para todos os efeitos, a minuta do contrato de gestão, os estudos técnicos e os demais anexos, reunidos neste único arquivo digital em formato PDF, cuja navegação é facilitada pelo sumário ativo.

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 do processo administrativo), 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 V 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 válida 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 V – 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>.

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. O aviso deste edital será 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 Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva, 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 seus anexos, 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. Do valor estimado de custeio, investimento e reserva legal

2.4.1. O valor estimado para custeio, investimento e reserva legal do Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva consta disposto no **ANEXO F DO PLANO DE TRABALHO - ESTIMATIVA DE CUSTEIO** e no **ANEXO I - MEMÓRIA DE CÁLCULO DA ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL DO ESTUDO TÉCNICO**.

2.4.2. Com base na metodologia aplicada e nos cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o custo mensal estimado para a operacionalização do Hospital Metropolitano é de R\$ 20.379.772,47 (vinte milhões trezentos e setenta e nove mil setenta e sete reais e quarenta e sete centavos) incluindo recursos humanos e, desse total, R\$ 962.219,65 (novecentos e sessenta e dois mil duzentos e dezenove reais e sessenta e cinco centavos) correspondem às despesas com recursos humanos efetivos do Hospital Estadual Metropolitano que serão cedidos ao PARCEIRO PRIVADO e, portanto, não serão considerados no valor mensal estimado (teto) para o custeio das despesas da Unidade.

2.4.3. O valor mensal estimado (teto) para o custeio das despesas da unidade, referentes à execução das ações e serviços de saúde e atividades assistenciais, é de R\$ 19.417.552,82 (dezenove milhões quatrocentos e dezessete mil quinhentos e cinquenta e dois reais e oitenta e dois centavos) ao longo de um período de 36 (trinta e seis) meses de

vigência contratual, podendo variar somente a menor de acordo com a proposta apresentada pelo parceiro privado selecionado.

2.4.4. Do valor mensal estimado (teto), 90% (noventa por cento) corresponde ao **CUSTEIO FIXO** no valor de R\$ 17.475.797,54 (dezessete milhões quatrocentos e setenta e cinco mil setecentos e noventa e sete reais e cinquenta e quatro centavos) a ser pago mensalmente para fins de custeio dos serviços da Unidade hospitalar.

2.4.5. Do valor mensal estimado (teto), 10% (dez por cento) corresponde ao **CUSTEIO VARIÁVEL** no valor de R\$ 1.941.755,28 (um milhão novecentos e quarenta e um mil setecentos e cinquenta e cinco reais e vinte e oito centavos), e sobre este valor será procedida **trimestralmente** a avaliação dos Indicadores de Desempenho, Performance e Qualidade contratados dos 3 (três) meses anteriores, que serão calculados, conforme detalhado no ANEXO II - PLANO DE TRABALHO e, de acordo com o nível de cumprimento dos indicadores, serão aplicados os ajustes financeiros nos três meses subsequentes à avaliação.

2.4.6. 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\$ 524.273,93 (quinhentos e vinte quatro mil duzentos e setenta e três reais e noventa e três centavos), a ser repassado mensalmente à contratada de forma adicional ao montante destinado ao custeio.

2.4.6.1. 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, 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, **obrigatoriamente dependente** da comprovação da necessidade e da prévia autorização da SES/MT, sendo vedada sua utilização para qualquer outra finalidade.

2.4.7. Os valores mencionados deverão ser ajustados no contrato conforme a proposta apresentada pelo parceiro privado selecionado, e o valor mensal estimado serve apenas como **referência máxima (teto/limite)**, permitindo que a proposta do parceiro privado seja inferior a esse limite.

2.4.8. 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 Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva, sendo o custo dessa cessão arcado integralmente pela SES/MT.

2.4.9. O valor estimado a ser repassado por meio do contrato de gestão compreende os valores destinados ao custeio das áreas meio e finalística do Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva, **incluindo aquisição de bens permanentes, contratação de pessoal, custos de desmobilização/mobilização e investimentos.**

2.4.10. 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.

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

2.5. A minuta do contrato de gestão encontra-se no ANEXO IV – 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: 3.3.50.00 / 4.4.50.00

Fonte: 1.500.0000 / 1.500.1002 / 1.600.0000 / 1.600.3110 / 1.600.3120 / 2.500.0000 / 2.500.1002 / 2.600.0000 / 2.600.3110 / 2.600.3120

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 no nível III até o prazo final de elaboração e entrega dos documentos de habilitação e da proposta de trabalho**, nos termos da Lei Complementar n.º 583/2017 e do Decreto n.º 764/2024, que possuam experiência comprovada no gerenciamento de unidades 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 irrecorrível;

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 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.

3.2.1. Para fins de comprovação do atendimento às condições previstas no subitem 3.2:

I - As condições estabelecidas nos incisos III, IV e alínea "a" do inciso VI deverão ser comprovadas mediante apresentação das Certidões Negativas de Contas Julgadas Irregulares ou equivalentes, emitidas pelos

Tribunais ou Conselhos de Contas competentes, ou outros órgãos de controle da administração pública, conforme o caso, demonstrando a inexistência de decisão definitiva desfavorável à entidade ou a seus dirigentes;

II - As demais situações descritas no subitem 3.2 poderão ser comprovadas mediante declaração da entidade proponente, firmada por seu representante legal, atestando a inexistência das referidas ocorrências, sob pena de responsabilização pela fidedignidade das informações, 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).

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.

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 V - CRONOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO PÚBLICA**, ao e-mail protocolo@ses.mt.gov.br, o **ANEXO VI - 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 /OSS - HELFS - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES/MT"**

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 DE PROPOSTAS deverão ser nomeados e organizados **conforme a sequência dos itens do edital**, contendo em cada **anexo uma capa identificadora** que descreva minimamente os documentos que compõem o arquivo. **Os arquivos devem estar em formato PDF, com limite de 25MB cada, e seguir rigorosamente a 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 - Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva;

CADERNO 6 - 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 25 MB 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 e 2 do ANEXO III compõem o ANEXO VI - 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 VI - 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 em cada caderno, 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 e seus dirigentes, sejam eles membros da diretoria estatutária ou não;
- 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. **Certidão Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União (CND)**, emitida pela Receita Federal do Brasil (RFB) em conjunto com a Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN);
- II. **Certidão Negativa de Débitos Estaduais (CND Estadual)** ou equivalente, expedida pela Secretaria de Fazenda do Estado da sede da OSS;
- III. **Certidão Negativa de Débitos Municipais** (ou de Tributos Mobiliários/ISS), expedida pela Secretaria Municipal de Fazenda/Finanças da sede da OSS;
- IV. **Certidão Negativa de Débitos Relativos às Contribuições Previdenciárias e às de Terceiros (CND/CPDEN) e/ou Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS);**
- V. **CRF - Certificado de Regularidade do FGTS**, emitido pela Caixa Econômica Federal;
- VI. **Certidão expedida pelo distribuidor da Justiça Estadual** da sede da entidade, atestando ausência de falência, recuperação judicial ou extrajudicial;
- VII. **CNDT - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas**, emitida pelo Tribunal Superior do Trabalho (TST);
- VIII. **Declaração assinada pelo representante legal da OSS**, afirmando que não emprega menores de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz (a partir de 14 anos);
- IX. **Declaração formal assinada pelo representante legal**, de que não possui em seus quadros servidor ou dirigente do órgão contratante/responsável pelo chamamento.

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

- I. apresentar Balanço Patrimonial e Demonstração de Resultados **do último exercício**, 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 à proposta de trabalho - CADERNO 5:

I. deverá ser elaborada proposta de trabalho para o Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva - **CADERNO 5**:

a. a elaboração da proposta deverá obrigatoriamente seguir as exigências descritas no ANEXO II e no ANEXO III, organizada e identificada de forma clara, com a indicação de onde inicia e onde termina cada um dos critérios previstos;

b. a proposta deverá 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 hospitalar, disponível em:

1. Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva:

Arquivo 1:

https://drive.google.com/file/d/1CEuz8jKLxO5aSn1E-mghZbybSkbtQ5z_/view?usp=drive_link;

Arquivo 2:

https://drive.google.com/file/d/1luPk1XyWGE2s0KqCmWfmsXU7E6wAWHEi/view?usp=drive_link.

c. a proposta deverá conter o dimensionamento de pessoal;

d. a proposta deverá ter a sua proposta financeira.

4.2.5.1. Em razão do tamanho dos arquivos dos **layouts** (arquivo 1 e arquivo 2 supracitados), a visualização *on-line* pode não funcionar corretamente, assim, para garantir o acesso integral ao conteúdo, recomenda-se o *download* dos documentos.

4.2.5.2. 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-uOi1Ji9DoEEZZP8T3ex8qLx8/ed?usp=sharing>.

4.2.5.2.1. 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.

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

4.2.5.2.3. 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.

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

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

4.2.5.2.6. 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.

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

4.2.5.3. Será **desclassificada a proposta de trabalho** que apresentar preço superior ao especificado neste edital e seus anexos.

4.2.5.4. A apresentação da proposta 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 aceita, sob quaisquer hipóteses, alegações de seu desconhecimento em qualquer fase do processo de seleção e/ou da execução.

4.2.5.5. A OSS deverá inserir na proposta de trabalho os requisitos classificatórios aos quais ela faça jus, identificando cada critério no quadro 2 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)”**).

4.2.5.6. A comissão julgadora realizará a avaliação global da proposta de trabalho, atribuindo as devidas pontuações para cada requisito apresentado.

4.2.6. Quanto à documentação para pontuação classificatória - avaliação geral da OSS - CADERNO 6:

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.

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 poderão realizar uma visita técnica à unidade de saúde objeto do presente edital, para conhecimento das ações, condições locais e infraestrutura da unidade hospitalar.

5.1.1. Poderão participar da visita técnica:

I - as entidades previamente qualificadas no nível III junto à SES/MT;

II - as entidades que tenham protocolado requerimento de qualificação instruído com toda a documentação exigida e que, em análise preliminar da SES/MT, apresentem potencial viabilidade de obtenção da qualificação no nível III até o prazo final para habilitação no presente certame.

5.1.1.1. Na hipótese prevista no inciso II, caso a entidade realize a visita técnica e não comprove, de forma integral e tempestiva, o atendimento aos critérios necessários à obtenção da qualificação, a visita e quaisquer outros atos de participação no certame serão desconsiderados.

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 X, 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 recaiando, 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 V - 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 irrevogável 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 **METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA**.

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 hospitalar: **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva** (CNES 6853781): critérios de avaliação, comprovação documental e pontuação correspondente a cada comprovação.

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>.

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. Proposta de trabalho - Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva (CNES 6853781) - **CADERNO 5**; e

VI. Documentação para pontuação de natureza classificatória - AVALIAÇÃO GERAL DA OSS - **CADERNO 6**.

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, contados a partir do dia útil subsequente à data da divulgação da ata assinada 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>, no prazo estabelecido no ANEXO V – 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. Publicação, em até 30 (trinta) dias contados da publicação do extrato do contrato, do regulamento de compras e contratações, após aprovação da Controladoria-Geral do Estado, observando-se o disposto no Anexo XI - Regulamento de Compras e Contratações da Contratada;
- VIII. 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), em até 30 (trinta) dias contados da publicação do extrato do contrato;
- IX. Indicação formal das contas bancárias abertas em nome da unidade hospitalar, em até 30 (trinta) dias contados da publicação do extrato do contrato, sendo uma conta exclusiva para cada finalidade, sendo:
 - a. 1 conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados ao **custeio**;
 - b. 1 conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados aos **investimentos fixos**;
 - c. 1 conta exclusiva para movimentação dos recursos destinados aos **termo aditivos contratuais** de projetos de **investimento**; e
 - d. 1 conta exclusiva 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 poderá, 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 poderá convocar a 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.

8.6. Da compatibilização e consolidação do plano de trabalho

8.6.1. Homologado o resultado final e convocada a OSS vencedora, a SES/MT realizará, previamente à assinatura do contrato de gestão, etapa de compatibilização e refinamento técnico do plano de trabalho apresentado.

8.6.1.1. Tal compatibilização partirá da conformidade já existente entre a proposta vencedora, o estudo técnico e o plano de trabalho constante deste edital, visando o detalhamento e o ajuste, de forma estritamente técnica, das dimensões assistenciais, administrativas, de infraestrutura e de custeio, incluindo o dimensionamento de pessoal e o cronograma de implantação, de modo a resultar no documento operacional que regerá a execução contratual.

8.6.2. O resultado desta etapa será formalizado em documento único denominado Plano de Trabalho Consolidado.

8.6.2.1. O Plano de Trabalho Consolidado reunirá, de forma integrada e atualizada, as metas quantitativas e qualitativas ajustadas, os indicadores de desempenho, o cronograma de execução e a matriz de responsabilidades da SES/MT e da OSS.

8.6.3. Após a assinatura de ambas as partes do Plano de Trabalho Consolidado, este passa a substituir, para todos os efeitos, o plano de trabalho constante deste edital e a proposta original da OSS, integrando o contrato de gestão como anexo vinculante.

8.6.4.1. Qualquer revisão do Plano de Trabalho Consolidado durante a vigência do contrato dependerá de autorização prévia e formal da SES/MT, observados os limites da legislação aplicável.

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 Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva, 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 **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, a SES/MT poderá manter em execução os contratos e instrumentos jurídicos similares celebrados para suprir necessidade da unidade 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. 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.

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

Cuiabá-MT, 16 de outubro de 2025.

GILBERTO FIGUEIREDO

Secretário de Estado de Saúde
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

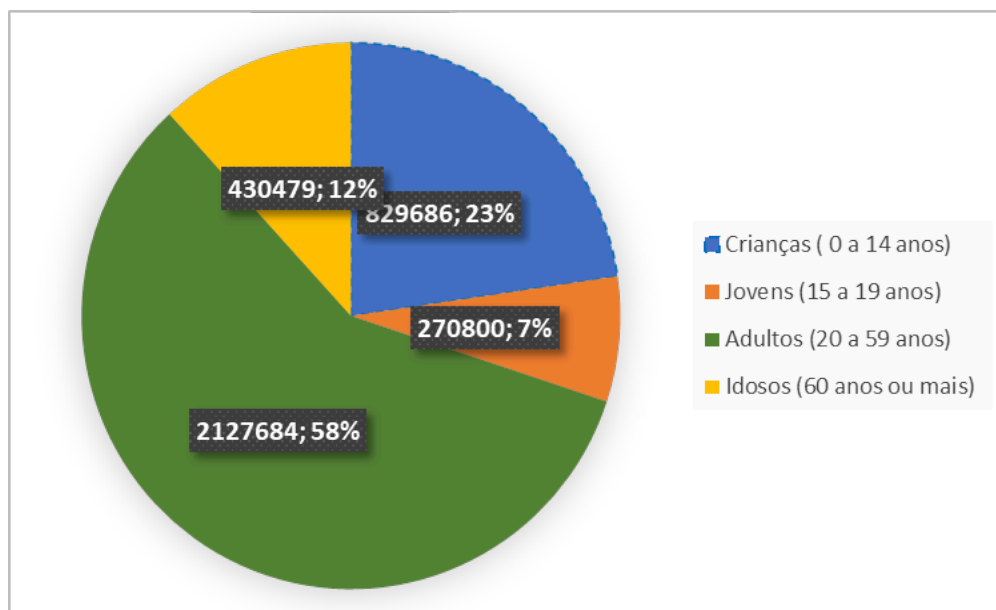
O Estado de Mato Grosso, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, faz divisa com os estados de Goiás e Mato Grosso do Sul (Centro-Oeste), Pará, Amazonas, Rondônia e Tocantins (Norte), e com a Bolívia. Com área de 903.357,908 km² e população de 3.658.649 habitantes (IBGE, 2022). O estado está dividido em 142 municípios. Cuiabá é a capital e concentra a maior parte da população (650.877 hab.), 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, haviam pelo menos 69 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares até 2010, com população de cerca de 11.729 (Fonte: Censo IBGE/Prévia/2022).

Cerca de 32,1% da população não possui ensino fundamental completo e apenas 16,9% 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. 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/2022 e SINASC, 2023). Ademais, a população é predominantemente adulta, conforme o gráfico abaixo, que segundo o IBGE/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.



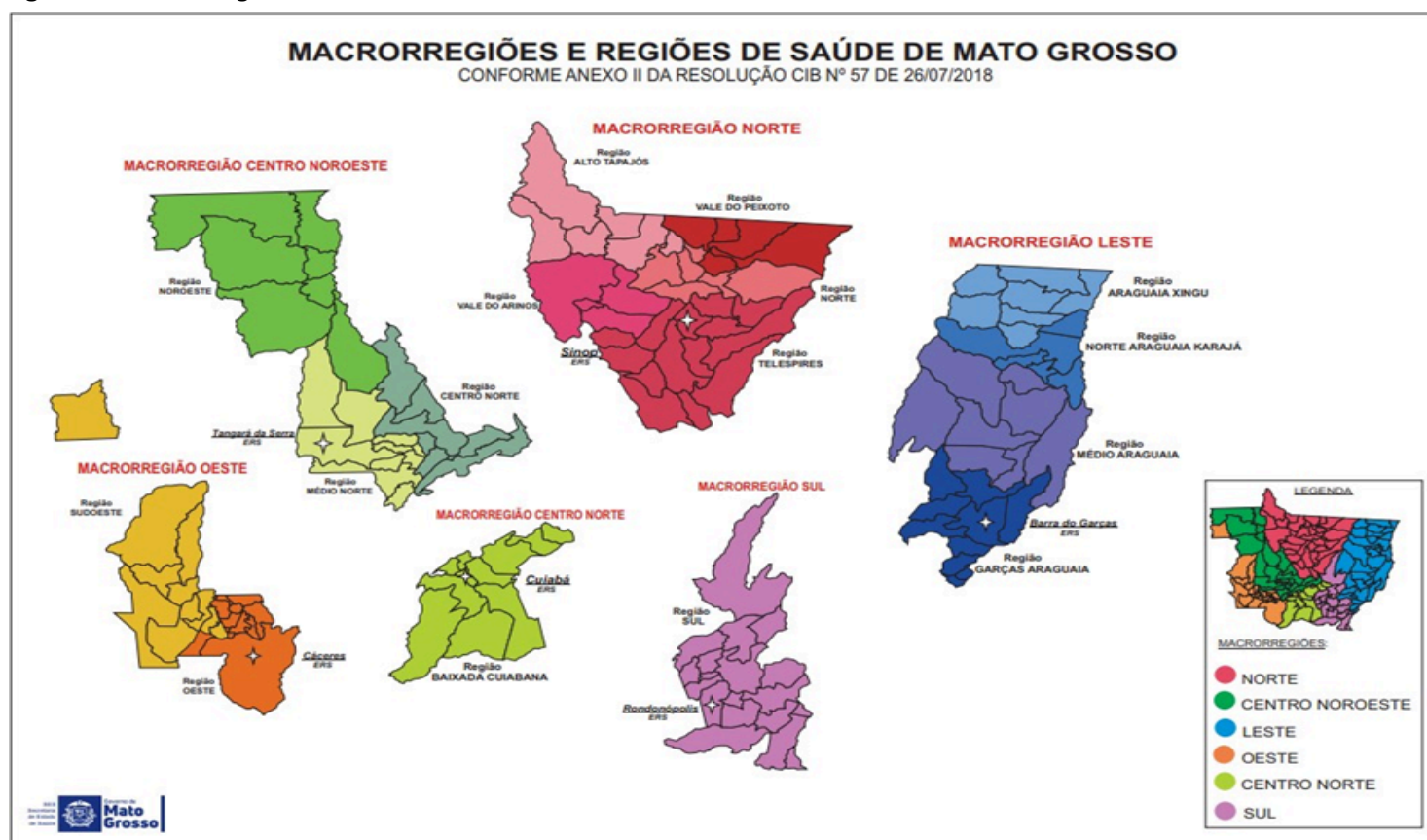
Fonte: IBGE, 2022.

Acerca dos determinantes e condicionantes da 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 (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 mato-grossenses. Apesar de alguns desafios, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado ficou em 0,736 em 2021, o que projetou Mato Grosso como um estado de alto IDH.

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 de julho de 2018.

Sobre a situação de saúde do Estado, segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), até julho de 2024, 18,43% dos mato-grossenses são beneficiários de planos de saúde privados. Sendo assim, a maioria da população, 81,5%, depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento médico.

1.2. Perfil epidemiológico do estado de Mato Grosso

Para o Estado, o perfil epidemiológico de morbi-mortalidade representa um processo dinâmico e sensível às condições de vida da população. Este perfil é o resultado da interação de variáveis interdependentes, como fatores de desenvolvimento econômico, ambientais, socioculturais, demográficos e históricos.

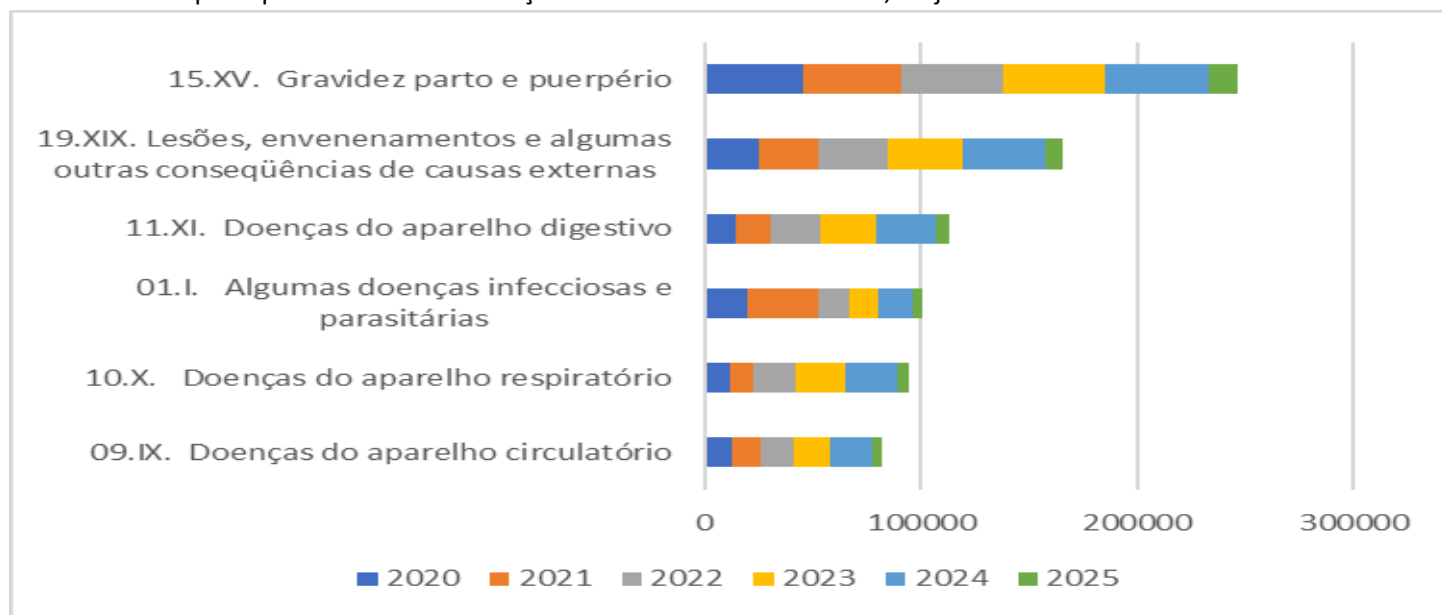
Espera-se que o reflexo da urbanização com o devido planejamento, aliado ao acesso às tecnologias de saúde e melhoria das condições de vida, resulte no declínio da mortalidade e aumento da sobrevida ao longo dos anos.

1.2.1. Morbidade Hospitalar do Estado de Mato Grosso

Entre janeiro de 2020 a abril de 2025, de acordo com o Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS, do Ministério da Saúde, Mato Grosso registrou no total de 1.110.317 internações (média e alta complexidade), sendo 98,7% de internações dos próprios residentes.

O Gráfico 02 apresenta as seis principais causas que resultaram no maior percentual de participação nas internações hospitalares segundo CID 10:

Gráfico 02. Seis principais causas de internação no estado de Mato Grosso, de janeiro de 2020 a abril de 2025.



Fonte: TabNET/DataSUS, Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Considerando o nível de complexidade, observa-se no Quadro 01 que das internações realizadas no estado, a maioria está relacionada a internações de média complexidade.

Quadro 01. Internações por nível de complexidade registradas no estado de Mato Grosso de janeiro de 2020 a abril de 2025.

Complexidade	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total Geral	Percentual
Alta complexidade	5142	5967	7286	9595	11399	2818	42207	3,8
Média complexidade	164115	188338	200316	219753	239085	56503	1068110	96,2
Total Geral	169257	194305	207602	229348	250484	59321	1110317	100

Fonte: TabNET/DataSUS, Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

1.2.2. Mortalidade no Estado de Mato Grosso

O estudo do perfil epidemiológico da mortalidade é essencial para compreender as condições de saúde da população. No Mato Grosso, de janeiro de 2020 a abril de 2025, foram registrados 132.629 óbitos, de acordo com os dados extraídos do do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Observa-se no quadro 02 que as seis principais causas de morte no período corresponderam a 78% do total de óbitos no estado, sendo elas:

Quadro 02. Seis principais causas de óbitos registradas no Estado de Mato Grosso de janeiro de 2020 a abril de 2025

Causas capítulo cid10	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total Geral	Percentual
066-072 Doenças do Aparelho Circulatório	4688	4945	5126	5376	5612	1893	27640	21%
001-031 Algumas Doenças Infecciosas parasitárias	5299	10361	2143	1049	1064	498	20414	15%
103-112 Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	3332	3416	3710	3859	3817	872	19006	14%
032-052 Neoplasias	2999	2985	3183	3440	3579	1285	17471	13%
073-077 Doenças do Aparelho Respiratório	1747	1554	1965	2008	2510	1015	10799	8%
Outros	6385	6668	6717	7270	7281	2978	37299	28%
Total	24450	29929	22844	23002	23863	8541	132629	100

Fonte: TabNET/DataSUS, Ministério da Saúde - Sistema de Informações De Mortalidade do SUS (SIH/SUS)

As principais causas de mortalidade em 2024 foram as **doenças do aparelho circulatório, com 27.640 óbitos (21% do total) e um risco de morte de 153,3 por 100 mil habitantes**. As doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares e hipertensivas representaram 76,5% desses óbitos, afetando principalmente pessoas com mais de 50 anos, e a **Macrorregião Centro Norte foi a mais impactada (182,9 por 100 mil)**.

A segunda maior causa foram as doenças infecciosas e parasitárias, que incluíram mortes por COVID-19. A taxa de mortalidade por COVID-19 atingiu seu pico em 2021 (283,9 por 100 mil), reduziu drasticamente em 2023 (28,6 por 100 mil, com 1.047 óbitos), totalizando para o ano de 2024 89 óbitos, com taxa de 2,43 por 100 mil habitantes. A Macrorregião Sul teve a maior taxa em 2023 (34,0 por 100 mil).

Em terceiro lugar, as **causas externas de morbidade e mortalidade** apresentaram um risco de óbito de 104,3 por 100 mil habitantes em 2024, **com a Macrorregião Norte sendo a mais atingida (108,1 por 100 mil)**. Há um predomínio de óbitos entre homens em idade economicamente ativa. Entre janeiro de 2020 e abril de 2025, foram 6.710 óbitos, destes, 2.641 foram relativos a casos de colisões envolvendo motociclistas, e 5.595 foram provenientes de lesão corporal seguida de morte.

Por fim, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas ocupam a sexta posição, com taxa de mortalidade de 44,2 por 100 mil habitantes em 2023. A diabetes mellitus foi a principal causa, responsável por 5.599 óbitos. A Macrorregião Oeste registrou a maior taxa estadual (59,0 por 100 mil) e um crescimento de 45,1% entre 2019 e 2023.

1.2.3. Demandas judiciais do Estado

A judicialização na saúde é um desafio à gestão estadual, que vem envidando esforços na ampliação do acesso aos serviços de saúde à população, sobretudo aqueles de maior demanda reprimida, que se traduz em judicialização.

Recente levantamento da **Unidade Jurídica da SES-MT (2019-2024) evidenciou que os procedimentos de média e alta complexidade nas especialidades de cardiologia, neurologia, ortopedia, pediatria e atendimento à gestante, representam a maior demanda dos processos de judicialização contra o Estado**.

Quanto à tendência de crescimento, no período 2022-2024 houve um crescimento de 22,02%, iniciando com 6.003 processos (2022) e atingindo 7.325 (2024). A cardiologia e a neurologia foram as especialidades responsáveis pelo maior incremento no período analisado.

A ortopedia ainda representa a maior demanda, atingindo um pico de aumento no ano de 2023 (58,90%), apesar de uma retração em 2024 a partir de investimentos e maior esforço do Estado.

Quanto à demanda reprimida **na atenção hospitalar em Pediatria, as cirurgias cardíacas de alta complexidade e o acesso à UTI Neonatal representaram o maior quantitativo das demandas judiciais no período 2023-2024**.

A análise desse cenário sustentou a proposta de adequação do HELTS, com o objetivo de ampliar o acesso à atenção hospitalar e alcançar melhores respostas sociais e de saúde e ainda, mitigar as ações judiciais relacionadas a transferências (5%), internações em UTI (4%), consultas (7%), exames (8%) e cirurgias (23%), alinhando-as à vocação da unidade hospitalar, projetando-o para um hospital de referência estadual de maior complexidade.

1.2.4. Demanda reprimida da Regulação no Estado

As pendências de regulação ocorrem quando as solicitações estão corretas, adequadas, porém não há vagas suficientes nos hospitais de referência. A série histórica apresentada para o setor de regulação estadual demonstra que não há aumento de demanda ocasional, mas sim, constância na insuficiência de vagas, especialmente na urgência e emergência.

Conforme levantamento realizado pela Superintendência de Regulação Estadual de Urgência e Emergência - SURUE, via Sistema de Regulação *on line* SISREGIII (sistema oficial do Ministério da Saúde), sobre as pendências de regulação no estado, **as especialidades mais recorrentes, de janeiro a outubro de 2024, foram a clínica geral, cirurgia geral, UTI adulto, ortopedia e traumatologia e pediatria clínica.**

Quanto à concentração por faixa etária, verifica-se a distribuição dos seis agravos mais recorrentes: insuficiência de leitos de UTI neonatal e pediatria clínica; de cirurgia geral na faixa etária de 20 a 69 anos e de UTI adulto – tipo II e, em menor quantidade, na faixa de mais de 80 anos, constando 7 regulações pendentes para pessoas com 100 anos e mais.

Em relação ao gênero, há maior concentração de pendências de regulações no gênero masculino (54,8%) quando comparado ao feminino (45,2%), com a variação por clínicas/especialidades, uma vez que as mulheres concentram as maiores demandas por regulações apenas na obstetrícia cirúrgica e clínica e oncologia.

Quanto a demanda reprimida de cirurgias eletivas de média e alta complexidade, dados extraídos do Serviço de Inteligência Estratégica para Gestão Estadual do SUS - SIEGES - no Painel de Acompanhamento do SISREG para o ano de 2024, a especialidade de neurocirurgia (considerando o grupo de procedimentos cirúrgicos do sistema nervoso central) apresentou fila de espera de 170 pacientes.

Na especialidade de ortopedia e traumatologia, há importante demanda reprimida na faixa etária de 15 a 70 anos, ocasionada pelos acidentes de trânsito e do trabalho. No total geral, consta para a ortopedia adulto, 3.690 pacientes aguardando atendimento. Para a ortopedia pediátrica, constam 86 pacientes na fila de espera.

A atenção oncológica de alta complexidade, concentrava 412 pacientes SUS aguardando a disponibilidade de vagas e a cardiologia de alta complexidade 407 pacientes SUS.

1.2.5. Rede de Assistência do Estado de Mato Grosso

O quadro apresentado abaixo refere-se ao número de leitos hospitalares existentes e vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), distribuídos por macrorregião de saúde do estado de Mato Grosso, com dados atualizados até maio de 2025. Ao todo, o estado conta com 162 unidades hospitalares gerais, que juntas disponibilizam 8.876 leitos totais, destes, 6.299 estão contratualizados ou disponíveis para o SUS, representando uma cobertura assistencial pelo SUS de aproximadamente 70,97%.

A macrorregião Centro-Norte se destaca como o principal pólo assistencial do estado e maior cobertura assistencial do SUS mato-grossense, concentrando 47 unidades hospitalares e 3.432 leitos, dos quais 2.286 estão vinculados ao SUS. Isso representa cerca de 40% dos leitos totais do estado, cuja média geral é de 66,6%.

A segunda maior concentração de leitos está na macrorregião Norte, com 2.030 leitos distribuídos em 44 unidades, sendo 1.392 do SUS, correspondendo a uma cobertura pública de 68,5%. Em seguida, a macrorregião Sul apresenta 1.471 leitos em 28 unidades, dos quais 1.054 são SUS, com cobertura de 71,7%.

As macrorregiões Oeste e Leste apresentam números mais modestos, com 774 e 699 leitos, respectivamente. No entanto, ambas registram boas proporções de cobertura pública: 83,0% no Oeste e 81,1% no Leste. Já a macrorregião Centro-Noroeste, embora com apenas 5 unidades e 184 leitos, tem a maior proporção de leitos SUS em relação ao total, atingindo 96,2%. A média geral de leitos por unidade hospitalar no estado é de aproximadamente 49 leitos por estabelecimento, concentrados nas regiões centrais.

Quadro 03. Total do número de leitos existentes e leitos SUS por Macrorregião de Saúde-MT. Maio de 2025.

Estabelecimento Macrorregião	Qtd.Unidades	Qtd.Exist	Qtd.SUS
CENTRO-NOROESTE	5	184	177

CENTRO-NORTE	47	3.432	2.286
LESTE	34	699	567
NORTE	44	2.030	1.392
OESTE	17	774	643
SUL	28	1.471	1.054
Total Geral	175	8.590	6.119

Fonte: CNES.LEITOS_DATASUS_MS. Atualizado em MAI/2025.

Quanto à oferta de especialidades pelo Estado, observa-se no Quadro 04 que existe uma concentração de leitos de clínicas básicas, voltados a procedimentos clínicos e cirúrgicos gerais.

Quadro 04. Número de Leitos por especialidades em Mato Grosso

LEITOS CIRÚRGICOS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	SUS
1	BUCO MAXILO FACIAL	16	7
2	CARDIOLOGIA	111	92
3	CIRURGIA GERAL	1589	1185
4	ENDOCRINOLOGIA	5	1
5	GASTROENTEROLOGIA	33	15
6	GINECOLOGIA	132	82
8	NEFROLOGIA/ UROLOGIA	31	20
9	NEUROCIRURGIA	83	69
11	OFTALMOLOGIA	44	26
12	ONCOLOGIA	55	45
13	ORTOPEDIA/ TRAUMATOLOGIA	393	326
14	OTORRINOLARINGOLOGIA	50	34
15	PLÁSTICA	27	4
16	TORÁCICA	7	5
67	TRANSPLANTE	5	5
90	QUEIMADO ADULTO	9	9
91	QUEIMADO PEDIÁTRICO	3	3
TOTAL DE LEITOS CIRÚRGICOS		2593	1928

Fonte: CNES - Competência 05/2025, 2025.

LEITOS CLÍNICOS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	SUS
31	AIDS	9	7
32	CARDIOLOGIA	131	113
33	CLÍNICA GERAL	2385	1870
35	DERMATOLOGIA	4	1
36	GERIATRIA	8	2
37	HANSENOLOGIA	3	2
38	HEMATOLOGIA	1	1
40	NEFRO/UROLOGIA	18	12
41	NEONATOLOGIA	32	24
42	NEUROLOGIA	40	30
44	ONCOLOGIA	72	52
46	PNEUMOLOGIA	11	10
66	UNIDADE ISOLAMENTO	162	134
87	SAÚDE MENTAL	7	0
TOTAL DE LEITOS CLÍNICOS		2883	2258

LEITOS OBSTÉTRICOS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	SUS
10	OBSTETRICIA CIRURGICA	518	390
43	OBSTETRICIA CLINICA	424	342
TOTAL DE LEITOS OBSTÉTRICOS		942	732

LEITOS PEDIÁTRICOS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	SUS
45	PEDIATRIA CLINICA	814	670
68	PEDIATRIA CIRURGICA	221	167
TOTAL DE LEITOS PEDIÁTRICOS		1035	837

LEITOS DE OUTRAS ESPECIALIDADES			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	SUS
34	CRÔNICOS	24	18
47	PSIQUIATRIA	270	228
48	REABILITAÇÃO	3	0
TOTAL DE LEITOS DE OUTRAS ESPECIALIDADES		297	246

LEITOS DE HOSPITAL DIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	SUS
7	CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	187	104
TOTAL DE LEITOS DE HOSPITAL DIA		187	104

LEITOS COMPLEMENTARES			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	HABILITADOS
74	UTI ADULTO - TIPO I	42	0
75	UTI ADULTO - TIPO II	779	332
76	UTI ADULTO - TIPO III	52	19
78	UTI PEDIÁTRICA - TIPO II	172	46
79	UTI PEDIATRICA - TIPO III	24	0
80	UTI NEONATAL - TIPO I	3	0
81	UTI NEONATAL - TIPO II	188	85
82	UTI NEONATAL - TIPO III	10	0
83	UTI DE QUEIMADOS	6	0
85	UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II	29	6
92	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL	33	21
93	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU	23	14
94	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS PEDIÁTRICO	23	23
95	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS ADULTO	53	39
TOTAL DE LEITOS COMPLEMENTARES		1437	585

A categoria de Leitos Complementares (UTIs e UCIs) é a mais crítica. Dos 1.442 leitos existentes, apenas 585 estão habilitados para o SUS, o que representa uma proporção de cerca de 40,57%. Há uma capacidade instalada substancial em UTI Adulto (779 existentes para Tipo II, 52 para Tipo III e 42 para Tipo I), UTI Pediátrica (172 para Tipo II, 24 para Tipo III) e UTI Neonatal (188 para Tipo II, 10 para Tipo III e 3 para Tipo I), além de UTI de Queimados e UCO Coronariana. No entanto, a baixa habilitação SUS, especialmente em UTIs Tipo I, Tipo III (Adulto, Pediátrica, Neonatal) e UTI de Queimados,

aponta para um gargalo significativo no acesso a cuidados intensivos de alta complexidade pelo sistema público, gerando desafios para a regulação e atendimento de pacientes graves, sendo imperativa a necessidade das intervenções propostas.

1.2.6. Hospitais Regionais sob Gestão Estadual

O Estado de Mato Grosso conta com 9 hospitais gerais sob gestão própria, sendo eles a referência regional do SUS para os municípios de sua área de abrangência no âmbito da atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar, localizados nas regiões de saúde: Alto Tapajós, Norte Mato-Grossense, Teles-Pires, Oeste Mato-Grossense, Sul Mato-Grossense e Baixada Cuiabana.

Quadro 05. Descrição dos hospitais estaduais por especialidade e perfil da referência. Mato Grosso, Brasil.

ORD	HOSPITAIS ESTADUAIS E REGIONAIS	CNES	REFERÊNCIA
01	Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva (Metropolitano de Várzea Grande)	6853781	Traumatologia e ortopedia de alta complexidade para os 142 municípios do estado de Mato Grosso, estando situado na região da Baixada Cuiabana . O hospital oferece uma ampla gama de serviços de atendimento de Média e Alta Complexidade, tanto para pacientes encaminhados pelos ambulatórios quanto para aqueles referenciados pela Central de Regulação. Cobrindo assim, diversas especialidades, incluindo Ortopedia, Cirurgias Bariátricas, Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia Geral, Bucomaxilo facial, Pneumologia, Cardiologia clínica, Clínica Geral e de UTI Adulto do tipo II, além disso, está inserido na Rede de Atenção às Urgências.
02	Hospital Estadual Santa Casa	9841903	Atendimento de demanda espontânea e referenciada ambulatorial, SADT, urgência, porta aberta para Pediatria, ambulatório de atenção especializada em nefrologia/hemodiálise adulto e pediátrico; internação em Cirurgia Geral e Oncológica, Otorrino, Neurocirurgia pediátrica Ortopedia/Traumatologia Pediátrica, Clínica Geral e Pediatria, Cardiologia Intervencionista, Atendimento Oncológico, Quimioterapia Adulto e Pediátrico, Unidade de Terapia Intensiva/UTI Adulto tipo II, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Tipo II e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II e Isolamento, com total de 187 leitos existentes leitos disponibilizados ao SUS.
03	Hospital Regional de Alta Floresta Albert Sabin	2471345	Atendimento de demanda espontânea e referenciada ambulatorial, SADT, urgência e internação em Cirurgia Geral, Ginecologia, Ortopedia/Traumatologia, Clínica Geral, Obstetrícia, Pediatria, Unidade de Terapia Intensiva/UTI Adulto tipo II, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional/UCINco e Isolamento, com total de 83 leitos gerais e complementares existentes e credenciados ao SUS.
04	Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Carlos Souto Fontes	2534460	Atendimento de demanda referenciada ambulatorial, SADT, urgência e internação hospitalar com leitos nas especialidades de Oncologia, Cirurgia Geral, Ortopedia/traumatologia, Clínica Geral, e Pediatria, leitos de Unidade de Terapia Intensiva/UTI Adulto Tipo II, leitos de UTI Pediátrica Tipo I, com total de 164 leitos existente disponibilizados ao SUS
05	Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Carlos Souto Fontes – Anexo I	2395037	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, com o total de 130 leitos/SUS existentes e disponibilizados ao SUS

06	Hospital Regional de Colíder Dr. Masamitsu Takano	2392410	Atendimento ambulatorial, SADT, urgência/emergência e internação nas áreas de Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Clínica e Cirúrgica, Pediatria Clínica e Cirúrgica UTI adulto tipo II, com um total de 76 leitos existentes e disponibilizados/SUS
07	Hospital Regional de Rondonópolis Irmã Elza Giovannella	2604434	Atendimento de demanda referenciada ambulatorial, SADT, urgência e internação em AIDS, Buco maxilo facial, Cardiologia, Cirurgia Geral, Clínica Geral, Gastroenterologia, Nefrologia, Urologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia/traumatologia, Plástica, Pediatria Clínica e Cirúrgica, Crônicos, Isolamento, Unidade de Terapia Intensiva-UTI Adulto tipo II, 121 leitos existentes e disponibilizados/SUS
08	Hospital Regional de Sinop Jorge de Abreu	6085423	Atendimento de demanda referenciada ambulatorial, SADT, urgência e internação em Cirurgia Geral, Clínica Geral, Nefrologia/ urologia, Neurocirurgia, Neurologia, Ortopedia/traumatologia, Oftalmologia, Unidade de Terapia Intensiva-UTI Adulto tipo II e Isolamento, com total de 122 leitos existentes e disponibilizados/SUS
09	Hospital Regional de Sorriso	2795655	Atendimento de demanda espontânea e referenciada ambulatorial, urgência e internação em Buco maxilo facial, Cirurgia Geral, Clínica Geral, Ortopedia/traumatologia, Obstetrícia Cirúrgica, Obstetrícia Clínica, Pediatria Cirúrgica, Pediatria Clínica, Unidade de Terapia Intensiva-UTI Adulto tipo II, Unidade de Terapia Intensiva-UTI Neonatal tipo II e Isolamento, com total de 132 leitos existentes e disponibilizados/SUS

Fonte: CNES - Competência 05/2025, 2025.

1.2.7 Configuração da Macrorregião Centro Norte e Região de Saúde Baixada Cuiabana

Em consonância com a Resolução CIB/MT Nº 57, de 26 de julho de 2018, a Macrorregião de Saúde Centro-Norte é constituída pela Região Baixada Cuiabana, sede da regional: Cuiabá (capital do estado). Assim, a Macrorregião é composta por 11 municípios pactuados conforme a Resolução CIB/MT nº 57 de 26 de julho de 2018: Cuiabá, Acorizal, Barão de Melgaço, Chapada dos Guimarães, Jangada, Nossa Senhora do Livramento, Nova Brasilândia, Planalto da Serra, Poconé, Santo Antônio do Leverger, Várzea Grande, sendo a população total estimada de **1.056.139** habitantes (IBGE, 2022).

A população da região representa 28,8% da população total do estado de Mato Grosso, estimada em 3.658.649 habitantes em 2022 (IBGE, 2022). Desde o censo de 2010, a Baixada Cuiabana registrou um crescimento populacional de 13%, enquanto o estado de Mato Grosso cresceu 20% no mesmo período. Este aumento significativo na população reflete um aumento correspondente nas demandas por serviços de saúde ao longo dos últimos anos.

Quadro 06. Distribuição de municípios, área, densidade demográfica e população estimada (2022/2024). População ocupada (2020/2024). Macrorregião Centro Norte, 2025.

Municípios	Área/Km2	Densidade demográfica hab./km² 2022	População estimada IBGE/Prévia 2024	População Ocupada 2022
Acorizal	850,763	5,89	4.990	10,17%
Barão de Melgaço	1.374,87	0,64	7.204	5,9 %
Chapada dos Guimarães	6.603,25	2,88	19.374	14,7 %
Cuiabá	5.077,18	150,41	682.932	50,91%
Jangada	1.114,30	6,66	7.447	12,37%
Nossa Senhora do Livramento	5.537,41	2,34	11.658	12,7 %
Nova Brasilândia	3.290,03	1,20	3.853	11,0 %
Planalto da Serra	2.437,59	1,30	3.287	17,6 %
Poconé	17.156,76	1,82	31.269	11,7 %
Santo Antônio do	9.469,14	1,61	16.795	12,6 %

Leverger				
Várzea Grande	724,279	414,31	314.627	19,9 %
Total	53635,582	-	1.103.436	-

Fonte: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mt>, acessado em: 22/04/2025.

Concentram-se nesta região as principais referências estaduais, ambulatoriais e hospitalares, de maior densidade tecnológica, localizadas nos dois maiores municípios do estado: Cuiabá e Várzea Grande.

O número de população total da Macrorregião Centro Norte corresponde a 28,8% do total dos 142 municípios do estado, ocupando uma área de 53.635,582Km², o que corresponde a 5,94% do território mato-grossense. Em relação à população, são 5 municípios com população abaixo de 10.000 habitantes; e apenas 2 municípios com população acima de 50.000 habitantes.

A macrorregião centro norte apresenta um dos maiores índices de envelhecimento do estado (72,66%). Essa realidade pode estar relacionada com o próprio fato do município de Cuiabá (maior da Macrorregião) ser um dos mais antigos do estado de MT (306 anos). O Índice de IDH dos municípios da macrorregião não é considerado baixo, em torno de 0,667.

Desde o Censo de 2010, a Baixada Cuiabana registrou um crescimento populacional de 13%, enquanto o estado de Mato Grosso cresceu 20% no mesmo período.

Quadro 07. Índice de envelhecimento estimado e Índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM). Macrorregião Centro Norte em Mato Grosso, 2021.

Município	Índice de Envelhecimento	IDHM(2010)
Acorizal	106,1	0,652
Barão de Melgaço	86,7	0,600
Chapada dos Guimarães	77,8	0,688
Cuiabá	60,9	0,785
Jangada	63,2	0,630
Nossa Senhora do Livramento	93,7	0,638
Nova Brasilândia	81,3	0,651
Planalto da Serra	53,8	0,656
Poconé	60,5	0,652
Santo Antônio do Leverger	68,8	0,656
Várzea Grande	46,5	0,734

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE, IBGE (2010).

Nota: Número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

1.2.8. Morbidade/Mortalidade - Macrorregião de Saúde Centro -Norte

Igualmente ao estado, a Macrorregião Centro Norte apresenta como as principais causas de internação por capítulo cid10, a gravidez parto e puerpério com 70.004 internações (22,3% do total), seguido por lesões e envenenamentos e algumas consequências de causas externas com 42.097 internações (13,4%), Algumas doenças infecciosas e parasitárias apresentando 33.184 internações (10,6%).

Com relação a complexidade, a Macro Centro Norte apresenta 91,8% (n=287.531) das internações realizadas com caráter de média complexidade e apenas 8,2% (n= 25.719) de alta complexidade.

Tabela 01. Internações realizadas no Macrorregião Centro Norte de janeiro de 2020 a 2025 por macrorregião de residência do paciente.

Complexidade/ Macrorregião	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total Geral	% de atendimento/ total
*OUTRAS UF	322	430	367	469	979	221	2788	0,89%

Alta complexidade	51	59	54	79	101	21	365	
Média complexidade	271	371	313	390	878	200	2423	
CENTRO-NOROESTE	3468	3848	4497	5480	6176	1430	24899	7,9%
Alta complexidade	387	500	561	882	1010	282	3622	
Média complexidade	3081	3348	3936	4598	5166	1148	21277	
CENTRO-NORTE	39880	43677	45933	51304	56827	13246	250867	80%
Alta complexidade	1856	2102	2397	2892	3818	908	13973	
Média complexidade	38024	41575	43536	48412	53009	12338	236894	
LESTE	878	991	1005	1456	2029	470	6829	2,1%
Alta complexidade	115	136	157	232	359	87	1086	
Média complexidade	763	855	848	1224	1670	383	5743	
NORTE	1894	2137	2599	3316	3169	646	13761	4,3%
Alta complexidade	427	543	621	767	794	165	3317	
Média complexidade	1467	1594	1978	2549	2375	481	10444	
OESTE	950	1268	1318	1952	2229	476	8193	2,6%
Alta complexidade	225	302	306	381	467	135	1816	
Média complexidade	725	966	1012	1571	1762	341	6377	
SUL	749	809	1080	1534	1410	331	5913	1,8%
Alta complexidade	211	208	214	388	414	105	1540	
Média complexidade	538	601	866	1146	996	226	4373	
Total Geral	48141	53160	56799	65511	72819	16820	313250	100%

Fonte: TabNET/DataSUS, Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Em análise do quadro acima, observa-se que dos atendimentos registrados na Macrorregião Centro Norte 80% são de residentes na própria macrorregião de saúde. Na estratificação de dados por complexidade observa-se que 54% dos atendimentos de alta complexidade realizados na Macrorregião Centro Norte, são de residentes da própria macrorregião de saúde.

Quadro 08. Internações de alta complexidade realizadas na Macrorregião Centro Norte, de janeiro de 2020 a abril de 2025.

MACRORREGIÃO DE RESIDÊNCIA	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total Geral	Percentual
*OUTRAS UF	51	59	54	79	101	21	365	1,4
CENTRO-NOROESTE	387	500	561	882	1010	282	3.622	14,1
CENTRO-NORTE	1.856	2.102	2.397	2.892	3.818	908	13.973	54,3
LESTE	115	136	157	232	359	87	1.086	4,2
NORTE	427	543	621	767	794	165	3.317	12,9
OESTE	225	302	306	381	467	135	1.816	7,1
SUL	211	208	214	388	414	105	1.540	6,0
Total Geral	3.272	3.850	4.310	5.621	6.963	1.703	25.719	100

Fonte: TabNET/DataSUS, Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Do total de internações ocorridas no período de janeiro de 2020 a abril de 2025 para a Macrorregião de Saúde Centro-Norte, foram registrados um total de 313.250 internações, o que representou 28,2% do total de internações registradas no estado. Tal fato ocorre pois o município de Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, encontra-se nesta macrorregião e consequentemente concentra o maior número de profissionais especializados, tecnologias em saúde, como também, os hospitais de referência habilitados pelo Ministério da Saúde, sendo assim o principal executor de procedimentos hospitalares de alta complexidade no estado.

1.2.9. Mortalidade na Região Baixada Cuiabana

Quanto à mortalidade na Macrorregião de Saúde Centro Norte, houveram 49.160 óbitos registrados de janeiro de 2020 a abril de 2025 (37% do total do estado), sendo 41.368 óbitos de residentes da própria macrorregião, o que corresponde a 31% do total do estado. As seis primeiras causas apresentadas no período de janeiro de 2020 a fevereiro de 2025 são apresentadas no quadro abaixo:

Quadro 09. Seis principais causas de óbitos ocorridas na **Macrorregião Centro Norte** de janeiro de 2020 a abril de 2025.

Causas CID10 Centro Norte	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total Geral	Percentual
066-072 Doenças do Aparelho Circulatório	1.838	1.686	1.829	2.157	2.200	763	10.473	21%
001-031 Algumas Doenças Infecciosas e Parasitar	2.700	5.356	825	389	417	246	9.933	20%
032-052 Neoplasias	1.293	1.290	1.398	1.571	1.592	628	7.772	16%
103-112 Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	817	771	841	927	925	252	4.533	9%
073-077 Doenças do Aparelho Respiratório	613	474	587	594	806	396	3.470	7%
055-057 D Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	639	581	662	681	631	179	3.373	7%
Outros	1.735	1.622	1.655	1.898	1.854	842	9.606	20%
Total	9.635	11.780	7.797	8.217	8.425	3.306	49.160	100%

Fonte: TabNET/DataSUS, Ministério da Saúde - Sistema de Informações De Mortalidade do SUS (SIH/SUS).

1.2.10. Distribuição de Leitos na Macrorregião de Saúde Centro Norte e Região Baixada Cuiabana

O Quadro abaixo reúne informações sobre os hospitais gerais e especializados localizados na Região de Saúde da Baixada Cuiabana, pertencente à Macrorregião de Saúde Centro Norte, no estado de Mato Grosso. Os dados são provenientes do SCNES/DATASUS (2025) e trazem um panorama da estrutura hospitalar da região, considerando a quantidade de estabelecimentos, o total de leitos existentes e a disponibilidade de leitos voltados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Quadro 10. Hospitais Gerais e Especializados existentes na Região da Baixada Cuiabana, Macrorregião de Saúde Norte.

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	GESTÃO	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
CENTRO-NORTE	BAIXADA CUIABANA	MUNICIPAL	1.987	1.356
		ESTADUAL	914	688
		DUPLA	531	242
TOTAL GERAL			3.432	2.286

Fonte: ElastiCNES - Competência 05/2025, 2025.

A Macrorregião Centro-Norte é a que concentra o maior número de leitos hospitalares no estado de Mato Grosso, totalizando 3.432 leitos, dos quais 2.286 estão disponíveis para atendimento via Sistema Único de Saúde (SUS). Essa macrorregião é composta integralmente pela região da Baixada Cuiabana, que conta com 47 unidades hospitalares, com distribuição entre estabelecimentos estaduais, municipais e privados.

No detalhamento por esfera de gestão, observa-se que a rede estadual responde por 4 unidades, com um total de 716 leitos. Já a esfera municipal conta com 7 unidades, que somam 856 leitos, evidencia-se a forte presença do atendimento público na gestão municipal.

A iniciativa privada, por sua vez, representa o maior número de estabelecimentos na região, com 36 unidades hospitalares, que ofertam 1.860 leitos, dos quais apenas 855 são contratualizados com o SUS. Isso indica que aproximadamente 45,9% dos leitos privados atendem a rede pública, sendo o restante destinado à saúde suplementar ou atendimento particular.

A capital Cuiabá e o município de Várzea Grande concentram a maior densidade de serviços de Média e Alta Complexidade, devido à maior disponibilidade de recursos humanos especializados, recursos de apoio e diagnóstico avançados, leitos hospitalares e maior densidade populacional.

O Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva está localizado no município de Várzea Grande, contudo ressalta-se seu perfil assistencial especializado Média e Alta Complexidade, sendo referência não somente a Macrorregião como para o estado de Mato Grosso.

1.3. Descrição da realidade hospitalar

A Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva** desempenha suas atividades, como segue:

- **Caracterização:** caracteriza-se como um hospital geral, de natureza jurídica de administração pública com administração estadual, inscrito no CNES nº 6853781. Localiza-se na região de saúde da Baixada Cuiabana, especificamente no município de Várzea Grande;
- **Serviços ofertados:** oferece gama de serviços de atendimento de Média e Alta Complexidade, tanto para pacientes encaminhados pela assistência de atenção ambulatorial quanto para aqueles referenciados regulados pela Central de Regulação Estadual- SES/MT, disponibilizando diversas especialidades, incluindo Traumatologia/ Ortopedia, Gastroenterologia (Cirurgias Bariátricas), Neurologia/ Neurocirurgia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Clínica Geral, nefrologia, urologia, endocrinologia, infectologia (suporte internação), pneumologia (suporte internação), Cardiologia (suporte internação) e de Medicina Intensiva UTI Adulto Tipo II. Além disso, está inserido na Rede de Atenção às Urgências- RAU.
- **Quanto à referência:** o hospital deverá ser referência de média e alta complexidade, como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, além da Assistência de Alta Complexidade relacionada a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade em Mato Grosso; serviços de unidade de terapia intensiva e cuidados progressivos UTI Adulto Tipo II, para 142 municípios do estado.

1.3.1. Identificação da Unidade Hospitalar

a) Unidade Hospitalar

Nome: METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA

Cadastro CNES 6853781

Endereço: Avenida Dom Orlando Chaves S/N, Bairro: Cristo Rei, CEP: 78118-187 - VÁRZEA GRANDE

Tipo de Unidade: é hospital geral, com capacidade instalada de 238 leitos operacionais de internação, classificado como hospital de grande porte.

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, para atendimento em Unidade de Tratamento Intensivo e retaguarda nos atendimentos de acordo com o perfil assistencial - ortopedia e neurocirurgia. Realiza atendimento ambulatorial de segunda a sexta-feira das 07 às 19 horas, com grade devidamente disponibilizada à Central Regulação Estadual /SES-MT.

b) Leitos Hospitalares

De acordo com dados do CNES, Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Data Warehouse SES-MT (DW/SES-MT), com atualização local em janeiro/2025 atualização nacional junho/2025, a Unidade Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira Da Silva, possui atualmente 238 leitos cadastrados, distribuídos conforme quadro abaixo.

Quadro 11. Distribuição de leitos no **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, conforme CNES, 2025.

TIPO DE LEITO	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE ISOLAMENTO	4	4
UTI ADULTO - TIPO II	50	40
ESPEC - CIRURGICO		
CIRURGIA GERAL	12	12
GASTROENTEROLOGIA	12	12
NEUROCIRURGIA	20	20
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	90	90
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	2	2
CLÍNICA GERAL	30	30
NEFROLOGIA	1	1
NEUROLOGIA	4	4
PNEUMOLOGIA	2	2
HOSPITAL DIA		
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	10	10
OUTRAS ESPECIALIDADES		
PSIQUIATRIA	1	1
TOTAL	238	228

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/5108406853781>, acessado em 05.05.2025.

c) Estrutura Física e infraestrutura

Quadro 12. Distribuição estrutural do **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, conforme CNES.

INSTALAÇÃO	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
AMBULATORIAL		
CLINICAS ESPECIALIZADAS	7	0
OUTROS CONSULTÓRIOS NÃO MÉDICOS	2	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM	1	0
SALA DE GESSO	1	0
HOSPITALAR/ BLOCO CIRÚRGICO		
SALA DE CIRURGIA	5	0
SALA DE RECUPERAÇÃO	1	6
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	13	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - INDIFERENCIADO	0	6

Fonte: Dados extraídos e disponíveis no link

<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/infGerais/5108406853781>, acessado em 16.05.2025.

d) Atendimentos Específicos

- Serviço de hemodiálise à Beira-leito;
- Hospital Dia: 10 leitos para realização de procedimentos cirúrgico/diagnóstico/terapêutico (internação AIH12horas).

- Serviço de Acompanhamento de Atenção ao Sobrepeso e Obesidade;
- Serviço de Reabilitação (ortopedia/ traumatologia, neurologia/neurocirurgia, obesidade).

Quadro 13. Serviços realizados no **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, conforme CNES, 2025.

SERVIÇO		CARACTERÍSTICA
ATENÇÃO A DOENÇA RENAL AGUDIZADO	TRATAMENTO DIALÍTICO - HEMODIÁLISE - BEIRA LEITO (UTI)	TERCEIRO
ATENÇÃO A DOENÇA RENAL CRÔNICA	TRATAMENTO DIALÍTICO - HEMODIÁLISE	TERCEIRO
SERVIÇO DE ATENÇÃO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO	TERCEIRO
	NEUROCIRURGIA VASCULAR	TERCEIRO
	TUMORES DO SISTEMA NERVOSO	TERCEIRO
SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVIÇOS DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	TERCEIRO
SERVIÇO DE ATENÇÃO A OBESIDADE	TRAT. CLÍNICO CIRUR. REPARADOR E ACOMP PACIENTE C/ OBESIDADE	TERCEIRO
SERVIÇO DE TERAPIA INTENSIVA	UTI - ADULTO	PRÓPRIO
	UTI - ADULTO	TERCEIRO
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR ANÁLISE CITOPATOLÓGICA E HISTOPATOLÓGICA	EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS	TERCEIRO
	EXAMES CITOPATOLÓGICOS	TERCEIRO
SERVIÇO DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	EXAMES BIOQUÍMICOS	TERCEIRO
	EXAMES COPROLÓGICOS	TERCEIRO
	EXAMES DE UROANÁLISE	TERCEIRO
	EXAMES EM OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	TERCEIRO
	EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA	TERCEIRO
	EXAMES HORMONAIS	TERCEIRO
	EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS	TERCEIRO
	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	TERCEIRO
	EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS	TERCEIRO
	EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPEUTICA	TERCEIRO
SERVIÇO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	TERCEIRO
	DO APARELHO RESPIRATÓRIO	TERCEIRO
SERVIÇO DE FARMÁCIA	FARMÁCIA HOSPITALAR	PRÓPRIO
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCIONAL	PRÓPRIO
	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS ALTERAÇÕES EM NEUROLOGIA	PRÓPRIO
	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES MUSCULO ESQUELÉTICO	PRÓPRIO
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	PRÓPRIO
	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	PRÓPRIO
	PROCEDIMENTOS DESTINADOS A OBTENÇÃO DO SANGUE PARA FINS DE ASSISTÊNCIA	PRÓPRIO
	DIAGNÓSTICO EM HEMOTERAPIA	PRÓPRIO

SERVIÇO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	TERCEIRO
	ENTERAL PARENTERAL	TERCEIRO
SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	PRÓPRIO
TRANSPLANTE	AÇÕES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	PRÓPRIO
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	TERCEIRO
	MAMOGRAFIA	TERCEIRO
	RADIOLOGIA	TERCEIRO
	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	TERCEIRO
	ULTRASSONOGRAFIA	TERCEIRO
SERVICO DE DIAGNÓSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	TERCEIRO
SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	CIRÚRGICA	TERCEIRO
	DIAGNÓSTICA	TERCEIRO

Fonte: Unidade de Saúde - HELFS/COAESH/SAGH/SESMT - 16/06/2025.

e) Serviços Realizados No Bloco Cirúrgico

Quadro 14. Serviços realizados no bloco cirúrgico do **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, conforme CNES, 2025.

Serviço de cirurgias com internação em clínica cirúrgica - por Serviço/ Especialidade

Cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa
Cirurgia do sistema nervoso central e periférico
Cirurgia do aparelho circulatório
Cirurgia do aparelho digestivo (cirurgia bariátrica), órgãos anexos e parede abdominal
Cirurgia do sistema osteomuscular
Cirurgia do aparelho geniturinário
Cirurgia Torácica
Cirurgia reparadora
Cirurgia Bucomaxilofacial
Cirurgias - Procedimentos cirúrgicos gerais

f) Comissões e núcleos existentes

Quadro 15. Comissões e núcleos existentes na Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, conforme CNES, 2025.

DESCRIÇÃO
ÉTICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
ANÁLISE DE ÓBITOS E BIÓPSIAS
REVISÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA
ÉTICA MÉDICA
FARMACIA E TERAPEUTICA
NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS

REVISÃO DE PRONTUÁRIOS
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/infGerais/5108406853781>, acessado em 16.05.2025.

g) Equipamentos disponíveis

Quadro 16. Equipamentos disponíveis na Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, conforme CNES, 2025.

EQUIPAMENTO	EXISTENTE	EM USO
EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM		
Raio X de 100 a 500 mA	4	4
Raio X mais de 500mA	1	1
Tomógrafo Computadorizado	1	1
Ultrassom Convencional	3	2
Ultrassom Doppler Colorido	1	1
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA		
AR CONDICIONADO	268	268
Grupo Gerador	4	4
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA		
Bomba de Infusão	219	219
Desfibrilador	20	20
Monitor de ECG	90	90
Monitor de Pressao Invasivo	153	153
Reanimador Pulmonar/AMBU	15	15
Respirador/Ventilador	31	31
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS		
Eletrocardiógrafo	11	11
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS		
Endoscopia Digestivo	1	1
Endoscopia das Vias Respiratórias	1	1
Laparoscopia/Vídeo	1	1
Microscópio Cirúrgico	1	1

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/equipamentos/5108406853781>, acessado em 05.05.2025.

h) Serviços de apoio

Quadro 17. Serviços de apoio disponíveis na Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, conforme CNES, 2025.

SERVIÇO	CARACTERÍSTICA
AMBULÂNCIA	PRÓPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO
FARMÁCIA	PRÓPRIO

LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTÉRIO	PRÓPRIO
NUTRICAÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	PRÓPRIO E TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Pronto-atendimento de Paciente)	PRÓPRIO
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	PRÓPRIO
SERVIÇO SOCIAL	PRÓPRIO

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/infGerais/5108406853781>, acessado em 05.05.2025.

i) Habilitações ativas junto ao Ministério da Saúde

Quadro 18. Habilitações ativas da Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva** junto ao Ministério da Saúde, conforme CNES, 2025.

Habilitações ativas junto ao Ministério da Saúde:

Código	Descrição	Origem	Comp. inicial	PT	Data PT	Leitos SUS	Data do Lança/to	Data da Atualização
0904	Cuidados Prolongados - Enfermidades Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	Local	01/2012	Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia	06/11/2012	0	28/01/2025	01/05/2025
2501	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia*	Nacional	12/2014	PT SAS 1474	30/12/2014	-	27/02/2015	27/02/2015
2601	UTI II ADULTO	Nacional	11/2012	4535/GM/MS	21/12/2022	40	23/12/2022	16/11/2012

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/habilitacao/5108406853781>, acessado em 08.05.2025.

j) Produção Hospitalar realizada no Hospital Metropolitano

Embora localizado na região da Baixada Cuiabana, pertencente à Macrorregião de Saúde Centro-Norte, o Hospital Metropolitano, atualmente se consolida como referência estadual em diversas especialidades de alta complexidade. Destacam-se os atendimentos em traumatologia e ortopedia, cirurgias bariátricas (gastroenterologia), neurocirurgia e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto. A unidade atende aos 142 municípios do estado de Mato Grosso, conforme sua vocação assistencial.

A capacidade para realizar cirurgias de alta complexidade (como ortopedia/traumatologia) e a existência de uma UTI Adulto com leitos SUS beneficiam diretamente a população, reduzindo a necessidade de longos e custosos deslocamentos para outros grandes centros. Isso não só melhora o acesso e a agilidade no atendimento de urgências, mas também impacta positivamente nos desfechos clínicos e na qualidade de vida dos pacientes.

Em um estado caracterizado por grandes distâncias e desafios logísticos para o acesso à saúde, a presença de uma unidade com este perfil assistencial robusto no SUS contribui significativamente para a regionalização da saúde, para a redução da mortalidade e morbidade por causas tratáveis, e para a garantia do direito à saúde de milhares de cidadãos mato-grossenses que dependem exclusivamente do sistema público. A qualificação e a manutenção contínua dessa infraestrutura são, portanto, investimentos diretos na saúde e no bem-estar da população do estado.

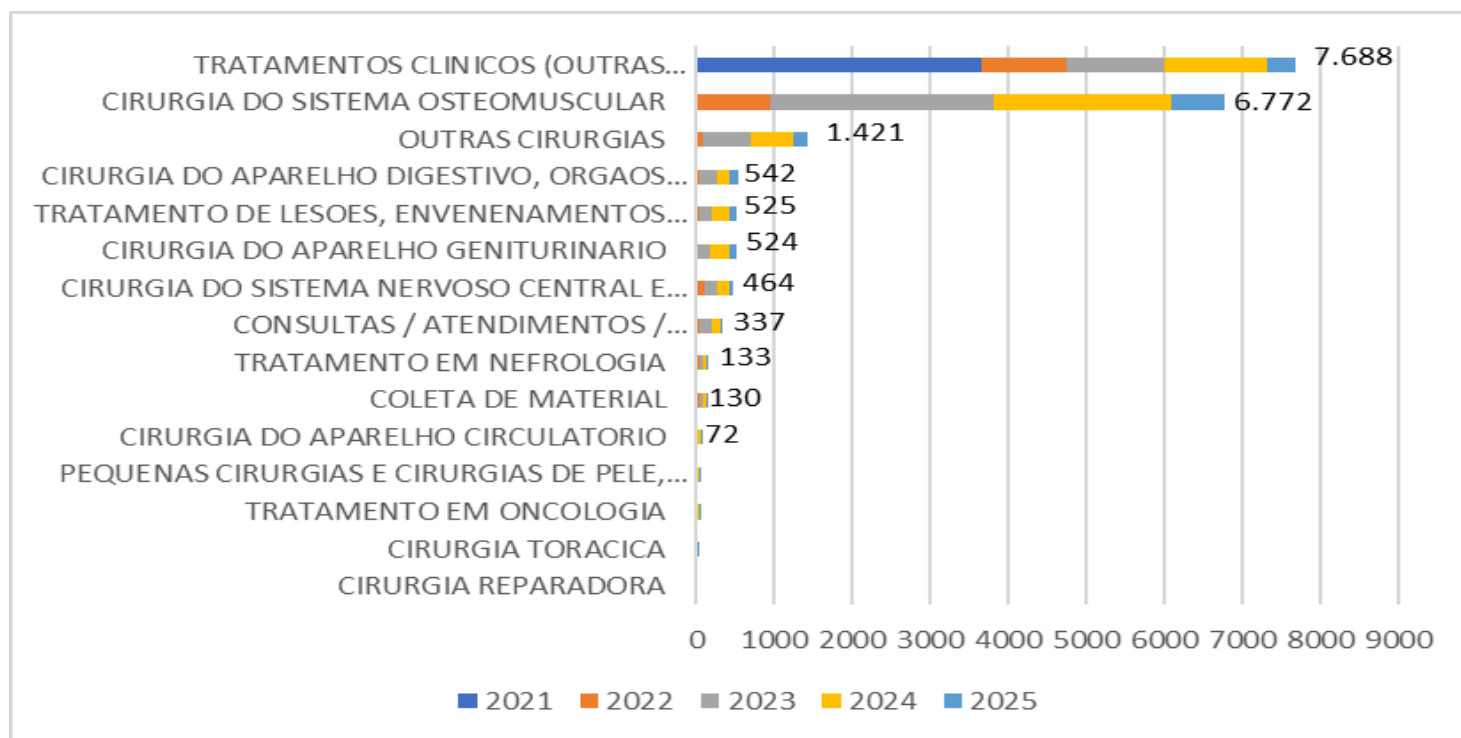
Em análise da produção apresentada, de janeiro de 2021 e abril 2025, a unidade realizou 18.713 internações hospitalares, sendo 9,5 % de alta complexidade e 90,40% de média complexidade, com uma média anual de aproximadamente 4.269 procedimentos, abrangendo somente pacientes adultos que necessitam de serviços de cirurgias ortopédicas, gerais, neurocirurgias, urológicas e gastroenterológicas.

A capacidade atual de atendimento é de até **172** pacientes por mês, conforme o portal SIEGES <https://sieges.saude.mt.gov.br/dashboards/7> acessado em 24.04.2025, que utiliza dados do IndicaSUS. No entanto, a eficácia da capacidade de atendimento hospitalar tem se mantido em torno de **56%**, com uma taxa de ocupação média de **76,11%**, considerando a atuação **hospitalar com 238 leitos existentes**.

Além disso, segundo dados do SIH, a média de permanência hospitalar geral em 2024 foi de 7,7 dias, sendo 8,7 dias para as internações de clínica e 6,1 dias para os casos de internações cirúrgicas.

Quando se analisam os subgrupos de procedimentos realizados, observa-se a predominância dos tratamentos clínicos, seguidos por tratamentos cirúrgicos de **ortopedia e traumatologia**, representada pelo subgrupo "**Cirurgia do sistema osteomuscular**", com mais de 30% dos procedimentos, o que revela a vocação do hospital para a ortopedia, conforme demonstrado abaixo.

Gráfico 03. Internações realizadas na Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, por Subgrupo Procedimento e Ano Processamento de 2021 a abril de 2025.



Fonte: SIH-DW/SES-MT, 2025.

Apresentado o quantitativo total de 18.713 procedimentos, o qual revela um perfil de atendimento especializado, com destaque para os procedimentos clínicos e cirúrgicos. Na análise por grupo, os tratamentos clínicos com 46,6% do total de procedimentos realizados, os procedimentos cirúrgicos apresentam com 52% do total de procedimentos, sendo as **cirurgias do sistema osteomuscular** cerca de (36,1%) e **do aparelho digestivo** (2,89%), **sistema nervoso central e periférico** 2,4%, 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 relacionados à ortopedia, traumatologia, gastroenterologia (sobrepeso e obesidade), neurologia e cirurgia geral.

Em observância aos dados apresentados por especialidade e complexidade, obtém-se que 85% dos procedimentos de alta complexidade foram de cirurgias ortopédicas e 7,47% de neurologia, bem como 44,08% dos procedimentos de média complexidade foram de cirurgias ortopédicas e 15,5% de infectologia.

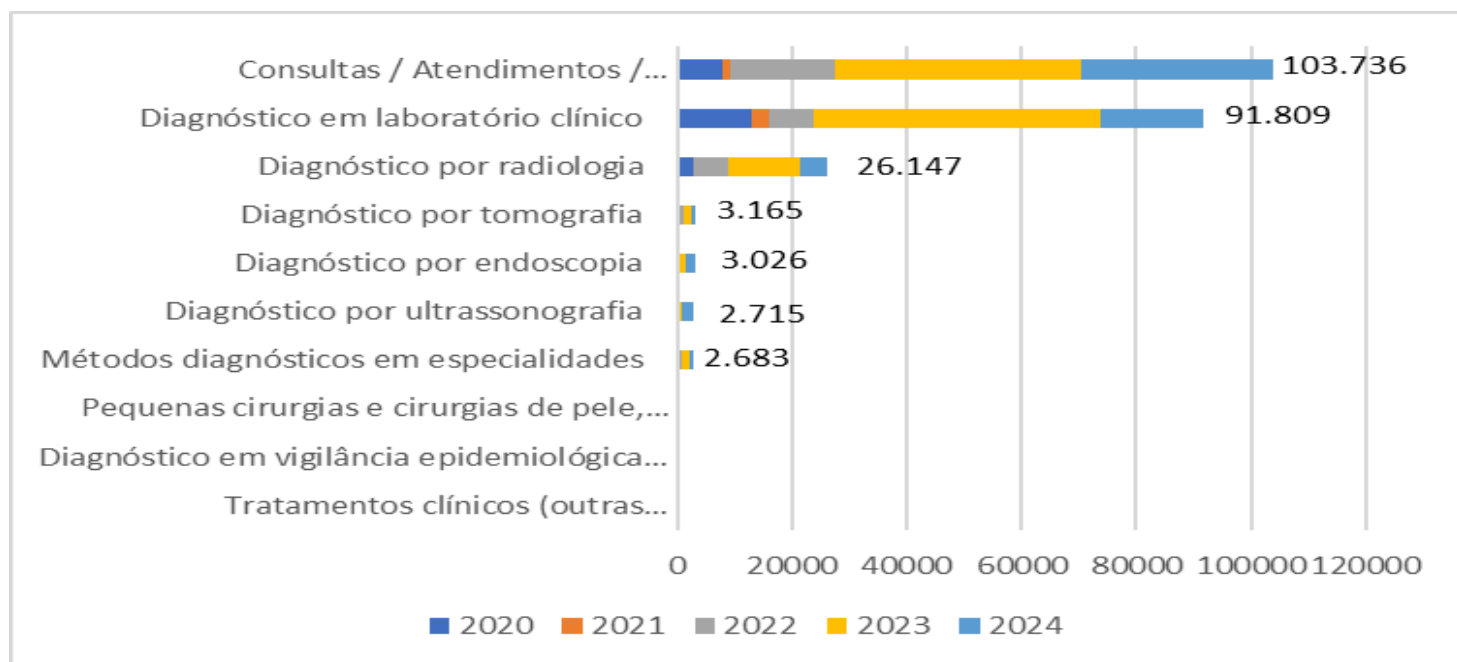
Figura 02. Procedimentos por grupo de especialidade mais realizados na unidade Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva, por nível de complexidade hospitalar, no período de 2021 a abril de 2025.

ESPECIALIDADE	PROCEDIMENTO	2021	2022	2023	2024	até 04/2025	% PRODUÇÃO TOTAL DO HOSPITAL EM 2024
MÉDIA COMPLEXIDADE							
CIRURGIA ORTOPEDICA	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO	-	36	233	196	32	44,08%
	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	-	8	176	139	58	
	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	-	68	200	47	24	
INFECTOLOGIA	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS	12	270	585	496	177	15,50%
	TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS CAUSADAS POR VÍRUS (B25 A B34)	-	272	91	42	2	
	TRATAMENTO DE DENGUE HEMORRÁGICA	-	1	1	7	3	
CIRURGIA GERAL	TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	-	35	233	208	50	6,92%
	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	-	30	123	155	58	
URGENCIA E EMERGENCIA	TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)	62	58	104	110	25	5,82%
	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA	-	19	103	98	20	
	DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA	3	24	48	20	1	
NEUROLOGIA	TRATAMENTO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC (ISQUEMICO OU HEMORRAGICO AGUDO)	1	43	143	237	51	5,58%
	TRATAMENTO CONSERVADOR DA HEMORRAGIA CEREBRAL	-	20	19	35	9	
	TRATAMENTO DE CRISES EPILEPTICAS NAO CONTROLADAS	-	5	10	21	2	
ALTA COMPLEXIDADE							
CIRURGIA ORTOPEDICA	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NAO CIMENTADA / HIBRIDA	-	116	269	228	80	85,56%
	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	-	22	137	94	26	
	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	-	2	32	20	12	
NEUROLOGIA	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE	-		19	55	9	7,47%
	TRATAMENTO CONSERVADOR DA DOR REBELDE DE ORIGEM CENTRAL OU NEOPLASICA	-		16	22	-	
	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR	-	3	5	4	1	
NEUROCIRURGIA	MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFERICO	-	3	7	8	-	2,95%
	TRATAMENTO CIRURGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRURGIA	-	4	7	2	-	
	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM MICROENXERTIA	-		1	10	-	
CIRURGIA GERAL	TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS	-	4	20	17	-	2,29%
BIOPSIA	BIOPSIA DE CORPO VERTEBRAL LAMINA E PEDICULO VERTEBRAL (POR DISPOSITIVO GUIADO)	-	5	11	5	-	1,51%
	BIOPSIA DE CORPO VERTEBRAL A CEU ABERTO	-	3	1	2	-	

Fonte: SIH-DW/SES-MT, 2025.

k) Produção Ambulatorial realizada no Hospital Metropolitano

Quadro 19. Procedimentos ambulatoriais realizados na Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva** junto ao Ministério da Saúde, conforme SIH



Fonte: DwWEB/SES-MT, dados extraídos e disponíveis no link <http://appweb3.saude.mt.gov.br/dw/pesquisa/detalhe>, acessado em 05.05.2025.

O quadro apresenta a produção ambulatorial, cobrindo o período de janeiro de 2020 a dezembro de 2024. Observa-se **crescimento expressivo entre 2022 e 2023**: A produção saltou de 33.598 para 110.594 (aumento de 229%), especialmente nos diagnósticos por laboratório clínico e radiologia.

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

A Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva** encontra-se localizada no município de Várzea Grande, o qual faz parte da Região de Saúde da Baixada Cuiabana. A região integra 11 municípios sendo eles: Cuiabá, Várzea Grande, Poconé, Santo Antônio do Leverger, Chapada dos Guimarães, Nossa Senhora do Livramento, Jangada, Acorizal, Barão de Melgaço, Nova Brasilândia e Planalto da Serra. Juntos esses municípios somam uma população de 1.056.139 habitantes.

Com uma estrutura ampla de 238 leitos existentes, dos quais 228 são credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS), este hospital configura-se como um fundamental na rede assistencial de Mato Grosso. Sua capacidade e perfil de atendimento não apenas complementam, mas, em muitas instâncias, lideram a oferta de serviços especializados essenciais para a saúde da comunidade mato-grossense.

O perfil assistencial da Unidade hospitalar revela uma vocação para o atendimento complexo e diversificado, abrangendo:

- **Alta Capacidade Cirúrgica:** Com 134 leitos cirúrgicos, todos dedicados ao SUS, o hospital desempenha um papel de destaque em especialidades como Ortopedia/Traumatologia (90 leitos), Neurocirurgia (20 leitos) e Cirurgia Geral (12 leitos), além de Gastroenterologia (12 leitos). Esta robustez cirúrgica é vital para o estado, permitindo a realização de procedimentos de alta complexidade que são frequentemente a diferença entre a vida e a morte ou entre a recuperação e a incapacidade permanente, especialmente para vítimas de traumas e doenças neurológicas. A totalidade dos leitos cirúrgicos garante acesso equitativo à população que mais precisa.

- **Atenção Clínica Abrangente:** Os 39 leitos clínicos, também integralmente SUS, com destaque para a Clínica Geral (30 leitos), Cardiologia (2 leitos), Nefrologia (1 leito), Neurologia (4 leitos) e Pneumologia (2 leitos), asseguram o suporte necessário para o manejo de diversas patologias clínicas, desde condições crônicas descompensadas até intercorrências agudas. A presença de leitos de Cardiologia, mesmo que em menor número, reforça a capacidade de resposta a doenças cardiovasculares, uma das principais causas de morbimortalidade.
- **Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto Estratégica:** Dos 54 leitos complementares, 50 são de UTI Adulto Tipo II, com 40 habilitados para o SUS. Desses 10 Leitos Complementares de UTI Adulto Tipo II Habilitados para a Rede de Atenção às Urgências (RAU) junto ao Ministério da Saúde, plano foi aprovado e publicado através da Portaria GM/MS nº 1.412, de 6 de julho de 2012 do Ministério da Saúde e republicada nas datas de 20 de Julho de 2012, com alteração do valor de recurso imediato, incorporando o recurso aprovado conforme pactuação tripartite; e novamente republicada em 16 de Janeiro de 2013 pela Portaria GM/MS nº 47, com a suspensão de recursos das ações ainda não implementadas. Essa capacidade intensiva é crucial para a estabilização e recuperação de pacientes em estado crítico, vindos de cirurgias complexas, traumas graves ou descompensações clínicas agudas. A existência de leitos de isolamento (4 existentes, todos SUS) é fundamental para o controle de infecções hospitalares e para o manejo de doenças transmissíveis, protegendo tanto pacientes quanto a equipe de saúde.
- **Modelo de Hospital Dia:** A oferta de 10 leitos de Hospital Dia, todos SUS, otimiza o atendimento para procedimentos de menor complexidade que não demandam internação prolongada, liberando leitos para casos mais graves e otimizando recursos.

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.

2.2.1. 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 será responsável por realizar periodicamente (periodicidade definida em contrato de gestão) 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 764/2024.

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 e mecanismos (com base legal e indicadores)

A adoção do modelo de gestão por OSS tem por finalidade **aperfeiçoar a eficiência assistencial, a qualidade do cuidado e a experiência do usuário** do Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com os princípios da Lei Complementar nº 583/2017 e do Decreto nº 764/2024.

No âmbito do Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva (Metropolitano), o modelo propõe uma gestão orientada a resultados, sustentada por metas pactuadas, indicadores de desempenho, mecanismos de avaliação periódica e instrumentos de transparência ativa, de modo a assegurar a **entrega de valor público ao cidadão**. As melhorias projetadas se estruturam nos eixos a seguir.

3.1.1. Serviços mais ágeis (redução de filas, tempos e burocracia)

Efeito esperado ao cidadão: redução dos tempos de espera para consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, com fluxos assistenciais mais contínuos entre acolhimento, internação e alta, e encaminhamentos mais céleres entre níveis de atenção.

Mecanismos de entrega pelo modelo OSS:

- Contratação baseada em metas quantitativas e qualitativas, com teto de custeio e monitoramento trimestral, assegurando a correlação entre desempenho e execução orçamentária;
- Implementação de **pesquisas periódicas de satisfação dos usuários**, utilizadas para retroalimentar fluxos, corrigir gargalos e readequar metas de desempenho.

3.1.2. Atendimento de maior qualidade e segurança do paciente

Efeito esperado ao cidadão: elevação do padrão de cuidado, redução de eventos adversos e aprimoramento da experiência do usuário mediante atendimento seguro, resolutivo e humanizado.

Mecanismos de entrega pelo modelo OSS:

- Valoração da acreditação institucional e da adoção de programas de integridade e compliance como critérios de qualificação e monitoramento contratual;
- Transparência ativa dos resultados assistenciais e financeiros, com auditorias internas e externas conduzidas pela SES/MT, CGE e demais órgãos de controle;
- Fortalecimento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), com implementação integral dos protocolos previstos na RDC nº 36/2013, e conformidade físico-funcional em observância à RDC nº 50/2002.

3.1.3. Acesso facilitado e continuidade do cuidado

Efeito esperado ao cidadão: ampliação do acesso, redução de barreiras territoriais e garantia de continuidade do cuidado entre os níveis de atenção, especialmente na macrorregião da qual o Hospital Metropolitano é referência.

Mecanismos de entrega pelo modelo OSS:

- Planejamento técnico e Plano de Trabalho com metas de produção e qualidade alinhadas à capacidade instalada e ao perfil epidemiológico regional, em conformidade com a PNHOSP;
- Instituição de comissão de acompanhamento, de fiscalização e gestor do contrato, com competências para monitorar fluxos assistenciais e corrigir eventuais distorções;
- Utilização de diagnóstico territorial e epidemiológico atualizado, permitindo a modulação da oferta de serviços de acordo com a demanda real da população assistida.

3.1.4. Transparência e controle social focados no usuário

Efeito esperado ao cidadão: acesso simplificado às informações sobre produção, resultados e execução financeira, fortalecendo a confiança social e a accountability da gestão pública.

Mecanismos de entrega pelo modelo OSS:

- Publicação periódica de relatórios de execução física e financeira, notas técnicas e auditorias no Diário Oficial e no Portal da Transparência;
- Relatórios **trimestrais**, assegurando controle administrativo e social permanente;
- Fiscalização continuada pela Auditoria do SUS e controle social, com dever de comunicação ao Ministério Público e demais órgãos de controle, em caso de irregularidades.

4. Análise de Custo-Benefício, Eficiência e Impactos Esperados da Gestão Indireta por Organização Social de Saúde**SÍNTESE TÉCNICA DA ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL (METROPOLITANO)**
VIDE ANEXO F DO PLANO DE TRABALHO - ESTIMATIVA DE CUSTEIO

A estimativa de custeio operacional do **Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva - Metropolitano**, sob gestão estadual e localizado no município de Várzea Grande, foi elaborada com base em parâmetros objetivos de desempenho assistencial e econômico, considerando a **capacidade física instalada e operacional da unidade**, a **série histórica de produção ambulatorial e hospitalar** (SIA/SUS, SIH/SUS, SISREGIII e SIEGES) e os **tempos médios de permanência** previstos na **Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP**, além da legislação vigente aplicável ao perfil assistencial da unidade.

O cálculo seguiu a metodologia de **custeio por absorção integral**, conforme o **Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC)** e o **Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS)**, que determina a apropriação total dos custos diretos, indiretos, fixos e variáveis aos serviços efetivamente prestados. Tal abordagem assegura a fidedignidade contábil e a rastreabilidade fiscal das despesas projetadas, refletindo integralmente os custos associados à prestação dos serviços assistenciais.

A composição da estimativa foi estruturada em etapas graduais de orçamentação operacional, abrangendo o conhecimento do **perfil assistencial e estrutural do estabelecimento** (CNES, complexidade, porte de leitos, fluxo de clientela, habilitações e certificações), a definição das **metas de produção previstas** e a **modelagem assistencial** compatível com o escopo do Plano de Trabalho. A classificação dos procedimentos seguiu a **Tabela SIGTAP/SUS**, com a aplicação de **Fatores de Ajuste (FA)** para correção de defasagens de valores, conforme o **art. 2º do Decreto Estadual nº 1.083/2024**:

- **4 vezes** o valor médio dos procedimentos executados (Tabela SIGTAP/SUS) para média complexidade;

- **3 vezes** o valor médio dos procedimentos executados (Tabela SIGTAP/SUS) para alta complexidade;
- **1,5 vezes** o valor da tabela SIGTAP para órteses, próteses e materiais especiais (OPME) relacionados ao ato cirúrgico.

Para as órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) de ALTO CUSTO não contemplados pelo SUS, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público tendo como teto financeiro estimado até 25% do valor global previsto de OPMEs dentro da compatibilidade SUS da contratualização vigente, de acordo com Sistema de Regulamento de Compras e Aquisições, como fluxo e processo próprio contendo os procedimentos que adotará para a aquisição e contratação de fornecedores de OPMEs.

Para os serviços de alta complexidade de apoio e suporte necessários à beira-leito ref. às diárias de leitos de UTI e sessões de hemodiálise, adotaram-se as **Portarias SES/MT n.º 208/2023/GBSES e n.º 594/2021/GBSES**, além dos valores de referência do **Pregão Eletrônico/SRP n.º 086/2024/SES/MT**, que disciplina o custeio da assistência atenção domiciliar (*Home Care*).

A aplicação desta metodologia resultou na estimativa de **R\$ 19.417.552,82 (dezenove milhões quatrocentos e dezessete mil quinhentos e cinquenta e dois reais e oitenta e dois centavos)** para o custeio mensal.

As receitas estimadas para a execução das atividades e serviços previstos decorrerão de **fontes estaduais**, relativas aos serviços não habilitados, e de **fontes federais**, correspondentes aos serviços credenciados/ habilitados junto ao Ministério da Saúde.

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.

Desenvolveu-se estudo de 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\$ 20.805.705,03 (Vinte milhões oitocentos e cinco mil setecentos e cinco reais e três centavos)**, conforme **DESPACHO N.º 94965/2025/GAPCH/SES**, que encaminha os Relatórios de Avaliação Financeira de Análise de Custo/Despesa do **METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA** extraídos do Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS) da atual gestão direta (Estado) para o atendimento (Hospital-Dia, Ambulatórios, Hospitalar) de 1.355 média pacientes/mensal e tempo médio permanência de 6,1 a 8,7 dias.

Em comparação, o valor total de custeio estimado mensal da gestão indireta (OSS) será de **R\$ 19.417.552,82 (Dezenove milhões quatrocentos e dezessete mil quinhentos e cinquenta e dois reais e oitenta e dois centavos)** (teto a ser repassado ao Parceiro Privado) mais o valor de **R\$ 962.219,65** (novecentos e sessenta e dois mil duzentos e dezenove reais e sessenta e cinco centavos) (servidores efetivos do Estado), **totalizando R\$ 20.379.772,47**, para o atendimento da mesma quantidade de pacientes/mês, com tempo médio permanência de 4,4 a 6,5 dias.

Por meio desta metodologia, foi alcançado o valor total de custeio estimado mensal de **R\$ 19.417.552,82 (Dezenove milhões quatrocentos e dezessete mil quinhentos e cinquenta e dois reais e oitenta e dois centavos)** de gestão indireta (OSS), resultante 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 **METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA** e extraídos do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A composição do custeio dos serviços prestados utilizou o 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 aplicou um fator de ajuste (FA) para complementação de valores, que resultou em um acréscimo de 3 vezes o valor da Tabela SIGTAP/SUS, totalizando 4 vezes o valor para média complexidade; e o acréscimo de 2 vezes o valor da Tabela SIGTAP/SUS, totalizando 3 vezes o valor para alta complexidade (art. 2º do Decreto n.º 1.083, de 10 de outubro de 2024).

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), totalizando o fator de ajuste de 1,5 vezes, conforme elaboração da estimativa de custos.

Foram consideradas as etapas no processo de orçamentação operacional gradual, conforme o **ANEXO F DO PLANO DE TRABALHO - ESTIMATIVA DE CUSTEIO**, estando 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/1y5uK9whKTVifOsiqCXnGZstcP86furmfWExOKOqk0d4/edit?tab=t.0#heading=h.6s97rq1n22l7>

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 **METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA** é de **R\$ 19.417.552,82** (Dezenove milhões quatrocentos e dezessete mil quinhentos e cinquenta e dois reais e oitenta e dois centavos) (**teto a ser repassado à OSS contratada**).

Comparativo de custos operacionais

Gestão Direta (Administração Estadual):

- Custeio mensal estimado: R\$ 20.805.705,03
- Atendimento mensal médio: 772 pacientes
- Tempo médio de permanência: entre 6,1 a 8,7 dias

Gestão Indireta (OSS):

- Custeio mensal estimado: R\$ 19.417.552,82 (teto a ser repassado ao Parceiro Privado) + R\$ 962.219,65 (servidores efetivos do Estado), totalizando R\$ 20.379.772,47.
- Atendimento mensal médio (Ambulatórios, Hospital Dia, Hospitalar): 1.355 média de pacientes
- Tempo médio de permanência: entre 4,4 a 6,5 dias.

Economia estimada com gestão indireta: R\$425.932,56 mensais, equivalente a aproximadamente 2,05% de redução nos custos operacionais.

Quadro 01. Comparativo de custos operacionais entre gestão direta (Estado) e gestão indireta (OSS).

Indicador	Gestão Direta (Adm. Estadual)	Gestão Indireta (OSS)
Custeio mensal estimado	R\$ 20.805.705,03	R\$ 20.379.772,47
Atendimento mensal médio	772 pacientes	1.355 pacientes
Tempo médio de permanência	6,1 a 8,7 dias	4,4 a 6,5 dias
Custo estimado por paciente	R\$ 26.948,34	R\$ 15.044,12
Custo estimado por leito	R\$ 88.913,27	R\$ 91.800,78
Taxa de ocupação de leitos	76,11%	Mínimo 85%
Economia mensal estimada	-	R\$ 425.932,56
Redução percentual de custo operacional direto	-	Aproximadamente 2,05%

Análise dos resultados

Eficiência econômica: A gestão indireta por meio de OSS apresenta uma economia mensal estimada de R\$425.932,56 em comparação à gestão direta, representando uma redução de aproximadamente **2,05% de redução do custo operacional direto**.

Custo por paciente: O custo estimado por paciente na gestão indireta é de R\$ 15.044,12, enquanto na gestão direta é de R\$26.948,34, evidenciando uma economia de R\$11.904,23 por paciente atendido, representando cerca de **44,17% de economia**.

Tempo médio de permanência: A gestão por OSS reduz o tempo médio de permanência dos pacientes para 4,6 a 6,5 dias, em comparação aos 6,1 a 8,7 dias na gestão direta, o que pode indicar maior eficiência nos processos assistenciais, sugerindo ganhos operacionais e mais alta rotatividade de leitos.

Taxa de ocupação de leitos: A gestão indireta atinge uma taxa mínima de ocupação de leitos de 85%, superior aos 76,11% observados na gestão direta, indicando melhor aproveitamento da capacidade instalada.

4.2. Eficiência e produtividade com base em evidência

Estudo realizado pelo Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (IBROSS) indica que unidades de saúde geridas por OSS apresentam maior eficiência operacional. **Na análise desenvolvida com 808 hospitais, a gestão por OSS foi 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.

O estudo supracitado foi aplicado sobre dados de 808 hospitais públicos gerais brasileiros do ano de 2018, por meio da metodologia de Análise Envoltória de Dados (DEA) para comparar a eficiência operacional entre diferentes modelos de gestão hospitalar no SUS.¹

A referida análise demonstrou que os hospitais geridos por Organizações Sociais de Saúde apresentaram, em média, eficiência técnica 8,4% superior em relação àqueles administrados diretamente pelo poder público ou por autarquias, e essa vantagem foi atribuída à maior autonomia administrativa, à flexibilidade nas contratações e à agilidade na gestão de recursos humanos e materiais.

Os resultados indicaram que a forma jurídica de gestão influencia significativamente a eficiência na aplicação dos recursos hospitalares públicos, com destaque para o modelo OSS, e o estudo reforçou que decisões de política pública quanto à forma de contratação e gestão de serviços hospitalares devem considerar os efeitos práticos sobre desempenho e resultados assistenciais.

Esses resultados reforçam que os ganhos a serem alcançados para o **METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA** - redução de custos, tempo de internação mais curto e maior taxa de ocupação - estão alinhados com os achados nacionais.

Além disso, a gestão por OSS permite maior flexibilidade na contratação de profissionais e aquisição de insumos, e estes aspectos são especialmente desejáveis, haja vista a necessidade de aprimoramento dos serviços especializados, aquisição e manutenção de equipamentos hospitalares de ponta em tempo oportuno, 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 indireta (OSS), permite 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

¹ CORRÊA, Daniel Seabra Resende Castro. *Comparação da eficiência dos modelos de gestão dos hospitais públicos brasileiros utilizando Análise Envoltória de Dados*. 2020. 105 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde) - Faculdade de Economia, Universidade do Porto, Porto, 2020. Disponível em: <https://www.ibross.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Comparação-da-eficiência-dos-modelos-de-gestão-dos-hospitais-públicos-brasileiros-utilizando-análise-envoltória-de-dados.pdf>.

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\$ 425.932,56** (Quatrocentos e vinte e cinco mil, novecentos e trinta e dois reais e cinquenta e seis centavos), 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.

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), no *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).

Dentre os impactos e benefícios esperados estão os relacionados a seguir.

4.3. 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.

4.3.1. 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 a unidade 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 76,11% 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 1.355 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 6,1 e 8,7 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, ficando a estimativa operacional do METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA entre 4,4 a 6,5 dias, como segue demonstrado na tabela infra:**

Indicador	Gestão Direta	Gestão Indireta (OSS)	Variação / Economia
Custo total mensal*	R\$ 20.805.705,03	R\$ 20.379.772,47	-R\$ 425.932,56 (-2,05%)
Custo por paciente	R\$ 26.948,34	R\$ 15.044,12	R\$ 11.904,23 (aproximadamente 44,17%)
Tempo médio de permanência	6,1 a 8,7 dias	4,4 a 6,5 dias	Redução de em torno de 1,5–2 dias
Taxa mínima de ocupação de leitos	76,11%	≥85%	Aumento de aproximadamente 9 pontos percentuais

(*) Incluindo repasse à OSS e servidores estaduais.

Análise dos Resultados

Eficiência Econômica: A gestão por OSS apresenta um custo por paciente de R\$ 15.044,12, aproximadamente **44,17%** inferior ao da gestão direta (R\$ 26.948,34), indicando maior eficiência na alocação de recursos.

Tempo de Internação: A redução no tempo médio de internação sob gestão por OSS de 4,4 a 6,5 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 **76,11%**, 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.

Por fim, o gerenciamento e execução operacional do **METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA** pelo modelo de gestão indireta (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, fatores decisivos para a melhoria da qualidade do cuidado, sendo este o maior interesse da atual gestão.

4.3.2. 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\$ 88.913,27 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\$ 91.800,78 por leito operacional pela gestão indireta (OSS) com base na projeção de reorganização de leitos atual de 234 para 222 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\$ 88.913,27	R\$ 91.800,78
Número de leitos operacionais	234	222
Custeio mensal total estimado	R\$ 20.805.705,03	R\$ 20.379.772,47
Economia mensal estimada	-	R\$ 425.932,56
Redução percentual de custos	-	Aproximadamente 2,05%

4.4. Análise dos resultados

Eficiência econômica: A gestão indireta por meio de OSS apresenta uma economia mensal estimada de R\$425.932,56 em comparação à gestão direta, representando uma redução de aproximadamente 2,05% nos custos operacionais.

Custo por leito operacional: O custo estimado mensal por leito operacional na gestão indireta é de R\$91.800,78, enquanto na gestão direta é de R\$88.913,27.

Ampliação da capacidade: A projeção e reorganização da capacidade instalada em torno de **222** leitos operacionais sob gestão indireta indica não apenas uma redução nos custos por leito, mas também melhoria na capacidade de atendimento, potencializando o acesso da população aos serviços de saúde, considerando a qualidade da assistência prestada com a reorganização das unidades de internação, reestruturação do bloco cirúrgico, serviços de imagenologia, implementação do Centro de Reabilitação nas modalidades físico e intelectual contemplando suporte de próteses e oficina ortopédica.

Os dados apresentados indicam que a gestão indireta por meio de OSS pode proporcionar maior eficiência operacional e econômica, com a 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 indireta (OSS) mais vantajoso, especialmente diante das limitações financeiras e estruturais do modelo estatal.

Além disso, o modelo de gestão indireta (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.

4.5. Critérios de análise comparativa entre administração direta e OSS: dimensões de análise

As dimensões aqui expostas refletem os principais eixos estruturantes da gestão hospitalar pública, permitindo evidenciar os potenciais ganhos e riscos de cada modelo sob a ótica da eficiência gerencial, do controle institucional, da transparência, da flexibilidade operacional e da responsabilidade fiscal. A abordagem comparativa não pretende esgotar a análise, mas oferecer uma base sistematizada e coerente com as evidências técnico-legais disponíveis, facilitando a visualização da conveniência e oportunidade na adoção de contratos de gestão.

Nesse sentido, o Quadro 1 a seguir sintetiza os elementos centrais da dimensão administrativa, com base nos marcos normativos que regulam a atuação estatal e nos parâmetros contratuais exigidos das OSS, nos termos da Lei Complementar Estadual n.º 583/2017, do Decreto Estadual n.º 764/2024 e, até mesmo, da Lei Federal n.º 9.637/1998.

4.5.1. Dimensão: Gestão Administrativa

Quadro 1. Comparativo sintético entre os modelos de gestão AD e OSS.

Requisito	AD	OSS
Controle	Hierárquico, direto e permanente	Limitado por resultados e indicadores inseridos nos termos do contrato de gestão
Fiscalização	TCU, órgãos de controle interno, Poder Legislativo	Implícita nos termos do contrato de gestão e prestação de contas
Transparência	Integral, regida por princípios constitucionais	Explicitada em legislação específica e atrelada aos termos do contrato de gestão
Flexibilidade	Limitada pelo regime jurídico público	Maior autonomia administrativa e financeira
Accountability	Direta ao poder público	Mediada pelo contrato de gestão
Estabilidade institucional	Carreira pública estruturada	Contratos podem gerar risco de descontinuidade das ações.

Gestão de pessoas	Dificuldades na gestão dos recursos humanos	Maior celeridade e flexibilidade na gestão dos recursos humanos
Aquisições	Rigidez normativa que nem sempre permite a entrega no tempo oportuno	Processos mais ágeis com maior probabilidade de entregas, oportunamente
Rigidez dos procedimentos administrativos	Padrão normativo mais rígido	Maior flexibilidade e possibilidade de inovação gerencial
Limitações orçamentárias	Maior engessamento	Possibilidades de superação, ainda que limitada pelo poder público
Processos decisórios	Morosos, considerando as relações hierarquizadas	Maior agilidade nos processos decisórios.
Flexibilidade do modelo de gestão	Menor	Maior
Dependência da capacidade regulatória do Estado	Menor	Maior

Considerando os aspectos sistematizados no Quadro 1, observa-se que o modelo de gestão por Organização Social de Saúde (OSS) apresenta maior flexibilidade administrativa, financeira e decisória em relação à Administração Direta, o que pode favorecer a celeridade e a eficiência operacional. Entretanto, tal flexibilidade está intrinsecamente condicionada à existência de instrumentos contratuais bem estruturados, indicadores consistentes e uma atuação regulatória firme e qualificada por parte do Estado.

Com vistas a ampliar a compreensão das implicações práticas de cada modelo, especialmente no que tange às suas potencialidades e fragilidades, apresenta-se no Quadro 2 uma síntese das principais vantagens e desvantagens identificadas em cada dimensão analisada.

Quadro 2. Comparativo sintético das vantagens e desvantagens entre AD e OSS.

GESTÃO ADMINISTRATIVA		
AD	Vantagens	Desvantagens
	Controle direto pelo poder público Estabilidade institucional Carreira pública estruturada Menor risco de descontinuidade Maior uniformidade de procedimentos Controle direto pelo Estado	Rigidez dos procedimentos administrativos Limitações orçamentárias Dificuldades na gestão de recursos humanos Processos decisórios morosos
OSS	Vantagens	Desvantagens
	Maior flexibilidade administrativa; Maior agilidade nos processos decisórios Menor burocracia Maior autonomia de inovação gerencial Foco em resultados	Menor controle direto do Estado Riscos de descontinuidade Dependência de renovação contratual
GESTÃO FINANCEIRA		
AD	Vantagens	Desvantagens
	Orçamento garantido pelo Estado Prestação de contas rígida Transparência total	Rigidez orçamentária Contingenciamentos frequentes Lentidão em liberações Dificuldades de investimentos
OSS	Vantagens	Desvantagens
	Maior autonomia orçamentária Flexibilidade para remanejamento Agilidade em compras e contratações Possibilidade de receitas próprias	Dependência de repasses contratuais Instabilidade financeira Menor previsibilidade orçamentária
GESTÃO DE PESSOAL		
AD	Vantagens	Desvantagens

	Estabilidade do servidor Carreira estruturada Direitos previdenciários garantidos Concurso público assegura isonomia	Rigidez na contratação Dificuldade de demissão Lentidão em concursos Menor flexibilidade salarial
OSS	Vantagens	Desvantagens
	Contratação por CLT Maior agilidade na contratação Políticas de incentivo próprias Gestão por competências	Menor estabilidade para profissionais Dependência de metas contratuais Rotatividade de pessoal Pressão por produtividade
QUALIDADE E EFICIÊNCIA		
AD	Vantagens	Desvantagens
	Gestão por processos Continuidade das políticas Foco no interesse público Atendimento universal garantido Experiência consolidada	Menor eficiência operacional Dificuldade de modernização Processos burocráticos muito lentos Resistência a mudanças
OSS	Vantagens	Desvantagens
	Foco em resultados e metas Indicadores de performance Maior produtividade Inovação tecnológica facilitada	Risco de priorizar metas sobre qualidade Descontinuidade por mudanças contratuais
CONTROLE E TRANSPARÊNCIA		
AD	Vantagens	Desvantagens
	Controle interno rigoroso Transparência total Acesso público a informações Responsabilização direta	Excesso de controles Burocratização do controle Lentidão nas correções Sobreposição de órgãos fiscalizadores
OSS	Vantagens	Desvantagens
	Controle por resultados Relatórios de gestão regulares Auditoria externa Flexibilidade para correções	Menor transparência cotidiana Controle mais complexo Dificuldade de fiscalização Risco de conflitos de interesse
SUSTENTABILIDADE		
AD	Vantagens	Desvantagens
	Garantia de financiamento público Perenidade institucional Recursos constitucionais Interdependência de mercado	Dependência orçamentária Limitações de crescimento Dificuldade de adaptação Ineficiência crônica
OSS	Vantagens	Desvantagens
	Eficiência econômica Otimização de recursos Captação de recursos externos Modernização contínua	Dependência de renovação contratual Instabilidade política Vulnerabilidade a mudanças de governo

4.5.2. Dimensão: Gestão da Eficiência

Considerando as recomendações dos órgãos de controle, especialmente no que se refere à necessidade de **destaque** às evidências que basearam (e baseiam) as decisões desta SES/MT, foram analisadas e explicitadas, com a devida cautela metodológica, referências técnico-científicas de natureza **quantitativa**, que contemplam indicadores de eficiência, eficácia e efetividade operacional no âmbito da gestão hospitalar pública. Tais estudos fundamentam-se em resultados estatisticamente comprovados, construídos a partir de bases consolidadas como DATASUS, CNES, SEADE e registros orçamentários oficiais, permitindo comparações interinstitucionais e inferências com grau elevado de confiabilidade.

Optou-se, de forma consciente e justificada, por não utilizar recursos oriundos da abordagem *qualitativa* (como entrevistas, grupos focais ou análise documental subjetiva), por compreender que esses métodos, embora ricos em detalhamento institucional, apresentam forte dependência de fatores culturais e contextuais internos, o que comprometeria sua validade externa e a aplicabilidade geral a realidades distintas, como exigido na presente instrução processual.

No cenário nacional de gestão das políticas públicas de saúde e estudos de eficiência na gestão hospitalar de média e alta complexidade, destaca-se o acúmulo técnico do Estado de São Paulo na avaliação de seus hospitais públicos, especialmente após a consolidação de parcerias com OSSs, modelo que possibilitou o desenvolvimento de estudos longitudinais em ambiente controlado, com importante valor referencial para outras administrações estaduais.

Neste contexto, merece especial atenção o estudo de Tonelotto et al. (2019). Os autores empregaram o método de **Análise Envolvória de Dados (Data Envelopment Analysis - DEA)**, amplamente reconhecido e utilizado em auditorias operacionais e estudos de benchmarking no setor público, inclusive pelo Tribunal de Contas da União, por sua capacidade de aferir níveis relativos de eficiência técnica com base em múltiplos insumos e produtos.²

Os resultados do estudo demonstraram desempenho superior, em média, por parte dos hospitais geridos por OSS em comparação àqueles sob administração direta, com destaque para os seguintes achados: maior porte físico-institucional, maior disponibilidade de tecnologias de média e alta complexidade, volume proporcionalmente superior de atendimentos realizados e menores taxas de mortalidade hospitalar. A pesquisa analisou a série histórica de 2008 a 2016 e identificou, inclusive, uma tendência de transição de leitos para o modelo indireto, amparada em evidências de melhor desempenho assistencial e gerencial.

A tabela a seguir, extraída do referido artigo, apresenta os principais indicadores comparativos entre os dois modelos, servindo como evidência empírica de suporte à análise de conveniência e oportunidade realizada neste relatório técnico.

Tabela 1 - Quantidade de Leitos por Hospital no Período de 2008 a 2016

Hosp.	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Organizações Sociais									
GIS	187	192	192	192	192	192	192	191	194
CLPM	276	282	282	282	282	282	282	282	282
EMC	299	299	299	299	291	299	299	299	295
GP	285	299	299	299	299	299	299	299	299
Média	261	268	268	268	266	268	268	267	267
Administração Direta									
RS	248	226	226	242	242	242	252	252	172
GSM	227	265	265	265	265	265	265	265	231
RVMS	212	212	212	212	212	212	212	212	212
GA	299	299	274	271	257	246	246	245	248
I	241	241	234	234	235	235	235	235	235
Média	245	248	242	244	242	240	242	241	219

Fonte: DATASUS/CNES, acesso em abril de 2018.

Essa tendência de ampliação do desempenho físico-operacional dos hospitais geridos por OSSs foi acompanhada por maior volume de recursos investidos, refletindo diretamente no aumento significativo do acesso da população aos serviços hospitalares no âmbito do SUS. Tal expansão se evidenciou, dentre outros fatores, pelo maior alcance de habilitações de novos leitos de média e alta complexidade, bem como pela obtenção de certificações e creditações hospitalares (marcos objetivos de qualidade e segurança assistencial). Essa relação pode ser visualizada na sequência, conforme Tabela extraída do estudo de referência (original do autor).

² TONELOTTO, Flávia; FRANCESCINI, Cleverson; CASTRO, Leonardo Rocha de. Comparativo de desempenho de hospitais públicos geridos por Organizações Sociais e por administração direta. *Revista de Administração Pública e Gestão Social*, Viçosa, MG, v. 11, n. 2, p. 97–109, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3515/351560525003/html>.

Tabela 2 - Total de Recursos Financeiros Liquidados por Hospital (Milhões de Reais)

Hosp.	10	11	12	13	14	15	16
Organizações Sociais							
GIS	101,3	115,3	127,1	106,2	110,1	113,4	114,2
CLPM	131,7	135,0	148,6	152,3	144,1	155,5	158,1
EMC	126,9	150,6	176,8	165,4	178,0	183,9	178,6
GP	132,8	126,5	125,1	125,1	113,8	120,0	119,9
Média	123,2	131,9	144,4	137,3	136,5	143,2	142,7
Administração Direta							
RS	104,6	108,7	109,2	129,8	123,4	119,2	109,1
GSM	92,3	96,3	102,9	116,5	109,1	104,0	90,1
RVMS	108,9	113,4	116,9	131,1	120,0	116,7	98,0
GA	101,2	105,4	110,0	130,6	125,3	113,9	94,6
I	114,3	113,6	112,4	128,9	128,8	115,9	103,4
Média	104,2	107,4	110,2	127,3	121,3	113,9	99,0

Fonte: DATASUS/ SESSP/SIH, acesso em abril de 2018

Nesse sentido, digno de destaque é o desempenho do Hospital de Itapecerica da Serra (identificado como GIS na tabela mencionada), que, ao longo de toda a série histórica analisada, apresentou a maior média de recursos financeiros por leito entre os hospitais geridos por OSS. Este destaque financeiro-operacional se alinha a reconhecimentos nacionais recentes: o hospital alcançou o segundo lugar no ranking dos melhores hospitais públicos geridos por OSS no Brasil, segundo estudo conduzido pelo Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde (Ibross), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), Instituto Ética Saúde (IES) e Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Esse ranking, amplamente divulgado em 2023, avaliou instituições do SUS quanto à eficiência, qualidade da gestão, segurança do paciente e percepção dos usuários. A íntegra da publicação está disponível em:

<https://www.ibross.org.br/ranking-inedito-revela-quais-sao-os-melhores-hospitais-publicos-do-brasil>.

Segundo os autores da pesquisa, o desempenho de Itapecerica da Serra se deve, em grande medida, à conquista sistemática de habilitações ministeriais e certificações de qualidade no período de 2016 a 2020, o que resultou em maior volume de repasses vinculados e qualificou a gestão da unidade em padrões superiores de eficiência. Essa correlação entre certificação institucional, desempenho operacional e captação de recursos é claramente evidenciada na Tabela 3 a seguir (original do autor).

Tabela 3 - Relação de Recursos Financeiros por Leitos (Milhares de Reais)

Hosp.	10	11	12	13	14	15	16
Organizações Sociais							
GIS	527,6	600,4	661,7	553,2	573,5	593,9	588,6
CLPM	467,1	478,6	526,9	540,2	510,9	551,3	560,5
EMC	424,4	503,6	607,6	553,1	595,3	615,1	605,5
GP	444,0	423,1	418,2	418,5	380,5	401,5	401,1
Média	465,8	501,4	553,6	516,3	515,1	540,5	538,9
Administração Direta							
RS	463,0	449,1	451,2	536,3	489,6	472,8	634,6
GSM	348,4	363,3	388,4	439,7	411,7	392,6	390,0
RVMS	513,5	534,7	551,6	618,2	566,2	550,6	462,1
GA	369,2	388,9	428,0	530,8	509,3	465,0	381,4
I	488,5	485,3	478,3	548,5	547,9	493,3	439,9
Média	436,5	444,3	459,5	534,7	504,9	474,9	461,6

Fonte: dados da pesquisa com base em DATASUS/ SESSP/SIH, acesso em abril de 2018

No tocante à proporção de internações hospitalares relacionadas à alta complexidade, o estudo em referência evidenciou tendência consistente de melhor desempenho por parte dos hospitais geridos por OSS. A média de internações de alta complexidade foi superior nos hospitais sob gestão indireta em todos os anos analisados, ampliando a diferença inicial de 0,2 ponto percentual em 2008 para 10,9 pontos percentuais em 2016, conforme demonstrado na tabela a seguir (original do autor).

Tabela 5 - Proporção dos Valores das AIHs na Alta Complexidade em Relação ao Valor Total de AIHs Recebidas (em porcentagem)

Hosp.	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Organizações Sociais									
GIS	2,0	1,0	1,0	2,0	2,0	3,0	4,0	4,0	7,0
CLPM	5,0	5,0	8,0	10,0	10,0	19,0	21,0	20,0	29,0
EMC	21,0	31,0	37,0	45,0	43,0	43,0	49,0	53,0	53,0
GP	13,0	12,0	14,0	12,0	14,0	16,0	15,0	13,0	20,0
Média	10,3	12,3	15,0	17,3	17,3	20,3	22,3	22,5	27,3
Administração Direta									
RS	2,0	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0
GSM	1,0	4,0	3,0	2,0	3,0	2,0	3,0	3,0	3,0
RVMS	11,0	4,0	9,0	15,0	14,0	12,0	14,0	13,0	16,0
GA	8,0	9,0	10,0	12,0	9,0	11,0	10,0	7,0	8,0
I	6,0	6,0	5,0	6,0	6,0	5,0	7,0	10,0	13,0
Média	5,6	4,8	5,6	7,2	6,8	6,4	7,2	6,8	8,2

Fonte: dados da pesquisa com base em DATASUS/ SESSP/SIH, acesso em abril de 2018

Para confirmar a robustez da informação, foi realizada análise da proporção dos valores financeiros autorizados por meio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) referentes à alta complexidade. Os resultados indicaram que, no período de 2008 a 2016, a participação da alta complexidade no valor total das AIH quase **triplicou** nos hospitais geridos por OSS, enquanto que, na administração direta (AD), o crescimento foi inferior à duplicação. Tais dados demonstram a maior inserção dos hospitais sob gestão indireta na rede de alta complexidade do SUS, o que está diretamente associado à expansão de serviços especializados e ao maior grau de complexidade tecnológica.

Com o intuito de aprofundar a análise, examinou-se também a composição dos procedimentos classificados como de alta complexidade. Considera-se, neste aspecto, que níveis mais elevados de especialização no atendimento estão associados a ganhos operacionais de eficiência, qualidade e resolutividade, conforme reconhecido na literatura técnico-científica e nos manuais de auditoria do SUS.

Essa correlação entre especialização e desempenho assistencial já havia sido comprovada por estudos anteriores, com destaque para a pesquisa conduzida por Ramos et al. (2015). Naquele estudo, os autores utilizaram análise de variância (ANOVA) com correção de Bonferroni para verificar a performance assistencial de hospitais públicos, concluindo que: “A taxa de mortalidade hospitalar apresentou-se inferior nos hospitais mais especializados, em comparação com hospitais gerais (...)”.³

Adicionalmente, os dados apresentados na Tabela 10 (original do autor) apontam tendência de melhoria na proporção de óbitos relacionados à alta complexidade ao longo da série histórica em ambas as modalidades de gestão. **Todavia, ressalta-se que a média da proporção de óbitos por AIH de alta complexidade foi mais do que três vezes superior nos hospitais sob administração direta**, mesmo após avanços estruturantes observados na rede estadual paulista no período.

³ RAMOS, Daniele Diniz; NEVES, Ricardo Gomes dos Santos; OLIVEIRA, Maria Cristina Pereira Lima de. *Atenção hospitalar no Sistema Único de Saúde: eficiência e especialização*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 49, n. 43, p. 1–10, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2015.v49/43/pt/>.

Tabela 10 - Proporção de Óbitos na Alta Complexidade em Relação ao Total AIHs na Alta Complexidade (em porcentagem)

Hosp.	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Organizações Sociais									
GIS	9,0	0,0	0,0	2,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,0
CLPM	11,1	6,8	7,5	7,3	9,5	9,1	8,4	8,9	7,1
EMC	5,9	5,4	4,9	3,9	3,5	4,6	5,2	3,0	2,8
GP	8,2	4,1	4,1	5,3	3,0	3,2	1,8	1,3	2,3
Média	8,6	4,1	4,1	4,7	4,1	4,3	3,9	3,3	3,1
Administração Direta									
RS	28,1	22,7	24,4	6,5	4,1	3,7	3,2	3,8	8,6
GSM	14,3	17,9	12,8	9,5	8,6	15,4	12,8	9,2	8,2
RVMS	17,9	18,7	22,5	25,0	20,6	22,6	21,6	27,8	24,7
GA	18,2	13,7	13,9	8,7	8,6	8,6	7,8	9,4	9,2
I	7,4	9,5	5,5	4,3	2,2	2,3	4,1	4,0	2,6
Média	17,2	16,5	15,8	10,8	8,8	10,5	9,9	10,8	10,7

Fonte: dados da pesquisa com base em DATASUS, acesso em abril de 2018

A proporção de óbitos em ambiente hospitalar representa um dos indicadores mais relevantes na aferição da qualidade e resolutividade da assistência prestada no âmbito do SUS, considerando que sua redução está diretamente relacionada à efetividade das intervenções clínicas, à capacidade de resposta das unidades hospitalares e à solidez dos processos de gestão. Nesse sentido, a melhoria desses indicadores traduz, além de avanço técnico, o compromisso da gestão pública com a preservação da vida e com a busca permanente por modelos que qualifiquem o cuidado e ampliem o acesso com segurança.

Para avaliação do desempenho institucional dos hospitais sob diferentes modelos de gestão, o estudo de Tonelotto et al. (2019) adotou a metodologia de **Análise Envolvória de Dados (DEA - Data Envelopment Analysis)**, com enfoque “output oriented”, a qual permite estimar a eficiência relativa de unidades produtoras de serviços a partir da maximização dos resultados (outputs) diante dos recursos disponíveis (inputs).

Como variáveis de entrada (inputs), foram considerados os valores liquidados pelo Estado de São Paulo para cada hospital, o número de leitos hospitalares disponíveis e a taxa inversa de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pagas. Como variáveis de saída (outputs), utilizaram-se o total de AIHs autorizadas por hospital e a taxa inversa de óbitos em serviços de alta complexidade, de modo a evidenciar a eficiência clínica e gerencial sob o mesmo referencial analítico.

Os resultados obtidos foram expressivos: todos os hospitais geridos por Organizações Sociais alcançaram nível máximo de eficiência nos três anos analisados, em ambas as escalas adotadas. Por outro lado, apenas 40% dos hospitais da administração direta apresentaram esse nível de desempenho no primeiro ano, com leve melhora nos anos seguintes, embora sem atingir o padrão de eficiência verificado entre os hospitais sob gestão indireta.

Esses achados confirmam e reforçam os resultados obtidos no estudo anterior conduzido por Mendes e Bittar (2017)⁴, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, entre 2013 e 2016, cuja análise comparativa de desempenho entre os modelos de administração direta e gestão por Organização Social demonstrou a superioridade do modelo OSS nos principais indicadores de produção, produtividade, qualidade assistencial e eficiência econômica.

Segundo o estudo de Mendes e Bittar, as unidades geridas por OSS apresentaram tempo médio de permanência 20% inferior, maior taxa de ocupação, 29% menos funcionários por leito e, ainda, redução de 26% no custo por saída hospitalar. Do ponto de vista da qualidade assistencial, destacaram-se as taxas 24% menores de mortalidade, 29% menores de infecção hospitalar e 18,5% menores de cesarianas, indicando padrão mais elevado de resolutividade clínica. Tais dados demonstram, de forma objetiva e comparável, que o modelo de gestão por OSS se mostra mais eficiente e qualitativamente superior no contexto analisado.

⁴ MENDES, José Dinio Vaz; BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. Hospitais gerais públicos: administração direta e organização social de saúde. *Boletim Epidemiológico Paulista*, São Paulo, v. 14, n. 164, p. 33–47, 2017. Disponível em: https://saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/bepa/edicao-2017/edicao_164_-_agosto.pdf.

No Quadro 3 abaixo, apresenta-se de forma sintética a consolidação dos principais resultados apurados entre os modelos de gestão por administração direta (AD) e por OSS no período de 2008 a 2016, no Estado de São Paulo, conforme estudo conduzido por Mendes e Bittar (2017). Os dados evidenciam desempenho sistematicamente superior das OSS nos eixos de **produtividade hospitalar, qualidade assistencial, eficiência econômica e racionalidade na alocação de recursos**.

Quadro 1. Principais resultados alcançados entre AD e OSS 2008-2016 no estado de São Paulo.

Indicador	AD	OSS	Diferença da AD em relação à OSS %
Tempo médio de permanência	7,07 dias	5,64 dias	+ 20,1
Taxa de ocupação	82,10%	85,01%	+ 3,6
Índice de renovação de leitos	42,40	55,02	-29,76
Funcionários por leito	8,41	5,95	+29,3
Número de cirurgias hospitalares por sala	669	1.002	-49,8
Taxa de mortalidade	7,54%	5,72%	+24,0
Taxa de infecção hospitalar	7,51%	5,35%	+28,8
Taxa de cesáreas	38,08%	31,02%	+18,5
Leitos operacionais	3.335	6.257	-87,6
Saídas hospitalares	141.408	344.274	-143,5
Cirurgias hospitalares	52.176	195.462	-274,6
Partos	23.916	57.782	141,6
Gasto por saída	R\$12.020,75	R\$ 8.936,15	+25,7
Gasto por paciente-dia	R\$ 1.700,90	R\$ 1.583,49	+6,9
Gasto por leito operacional	R\$ 509.694,32	R\$ 491.686,59	+3,5

Fonte: Mendes e Bittar, 2017.

Os autores observaram que, **no período analisado, 14 hospitais sob gestão por OSS obtiveram acreditação pela ONA, sendo que 7 alcançaram o nível III – excelência**, evidenciando o compromisso com a qualidade e segurança do cuidado. As razões apontadas para a melhor performance das OSS incluíram:

- maior autonomia administrativa e financeira;
- flexibilidade na contratação e gestão de pessoal;
- agilidade nos processos de compras e serviços;
- contratualização orientada por metas e indicadores;
- estrutura de prestação de contas com rastreabilidade em contas bancárias específicas.

Embora os próprios autores reconheçam limitações metodológicas inerentes à comparação entre unidades com estruturas físicas e perfis de complexidade distintos, tais limitações não comprometem a solidez das conclusões sobre a superioridade do modelo OSS nos aspectos analisados, sendo os resultados suficientemente robustos para fundamentar escolhas administrativas respaldadas em evidência empírica e avaliação de políticas públicas.

No ano de 2019, o Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (TCE/SC), por meio do Relatório DAE n.º 21/2019, integrante do Processo RLA n.º 17/80273166, realizou um extenso estudo econométrico destinado a avaliar a eficiência operacional dos hospitais estaduais daquele ente federativo, com foco comparativo entre os modelos de administração direta (AD) e gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS).⁵

A análise contemplou 18 unidades hospitalares de média e alta complexidade, sendo 13 sob gestão direta e 5 sob gestão por OSS, no período de 2012 a 2017. Foram utilizadas metodologias consagradas de mensuração de eficiência no setor público, com destaque para a **Análise Envolvória de Dados (DEA), sob as abordagens de Retornos Constantes de Escala**

⁵ TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Relatório DAE nº 21/2019 – Eficiência dos hospitais estaduais: análise comparativa entre gestão direta e OSS. Processo RLA nº 17/80273166. Relator: Conselheiro Herneus de Nadal. Florianópolis: TCE/SC, 2019. Disponível em: https://consulta.tce.sc.gov.br/RelatoriosDecisao/ConsultaRelatorioNovo/1780273166_15986603.pdf.

(RCE) e Retornos Variáveis de Escala (RVE), além do Índice de Malmquist e de modelos de painel, aptos a considerar tanto variáveis de eficiência quanto efeitos temporais acumulados.

Os dados obtidos evidenciaram diferença relevante na eficiência técnica entre os modelos analisados: os hospitais geridos por OSS apresentaram, em média, desempenho de 45 pontos percentuais superior ao das unidades sob administração direta. A partir da projeção desses resultados, o relatório estimou que, **caso os hospitais próprios tivessem alcançado a mesma eficiência das OSS**, a rede estadual de saúde poderia ter ofertado à população **serviços equivalentes à instalação de dois hospitais regionais adicionais** (tendo como referência a capacidade assistencial do Hospital Regional de São José).

Apesar das ressalvas quanto a fatores contextuais e variações estruturais/epidemiológicas entre as unidades analisadas, o relatório corrobora os argumentos da literatura especializada ao indicar que autonomia operacional, flexibilidade gerencial e contratualização orientada por metas e desempenho conferem maior efetividade ao modelo OSS, sob a ótica da gestão pública orientada a **resultados**.

Nesse cenário, a relevância técnica do estudo levou à sua posterior publicação, em versão aprimorada, no periódico *Advances in Scientific and Applied Accounting (ASAA Journal)*, por Rodrigues et al. (2020). Nesta publicação, os autores reiteraram os achados do relatório institucional, destacando que os hospitais geridos por OSS apresentaram menor gasto por leito, maior produtividade média e melhor relação entre insumos e produtos.⁶

A publicação propõe, ainda, diretrizes estratégicas para formulação de políticas públicas: revisão periódica das metas contratuais, elaboração de marcos regulatórios para conversão gradual de unidades públicas em arranjos organizacionais mais flexíveis, aprimoramento dos sistemas de remuneração por desempenho e realização de auditorias operacionais com foco na alocação eficiente dos recursos e na redução de capacidades ociosas.

Nesse contexto, colacionamos espelhos da apresentação técnica da Diretoria de Atividades Especiais (DAE) do **Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina - TCE/SC**, intitulada “**Análise Econométrica dos Hospitais Estaduais de Santa Catarina: um comparativo entre modelos de gestão**”, que sintetiza resultados de estudo econométrico e orientações operacionais aplicáveis à gestão por resultados, incluindo métodos de medição de eficiência (DEA, *Índice de Malmquist* e painéis), parâmetros de comparação entre modelos de gestão (AD x OSS) e indicadores assistenciais e gerenciais recomendados para monitoramento:⁷



⁶ RODRIGUES, Rogério C. et al. *Avaliação de Eficiência dos Hospitais Públicos Catarinenses: Uma Análise Comparativa entre Modelos de Gestão*. *Advances in Scientific and Applied Accounting*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 24–45, 2020. Disponível em: <https://asaa.anpcont.org.br/asaa/article/view/628>.

⁷ RELATÓRIO N.º DAE - 21/2019 - TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA - DIRETORIA DE ATIVIDADES ESPECIAIS:

https://consulta.tce.sc.gov.br/RelatoriosDecisao/ConsultaRelatorioNovo/1780273166_15986603.pdf;

Apresentação TCE/SC. *Análise Econométrica dos Hospitais Estaduais de Santa Catarina: um comparativo entre modelos de gestão*:

https://portal.tcu.gov.br/data/files/FB/87/07/66/DC2DE610A9F02DE6E18818A8/14SI_ZZS.PDF.

Análise Descritiva dos Dados

Comparação entre os modelos de gestão:

Média Ponderada da Produção Hospitalar



RESULTADOS - Dados em Pannel

Variável	Coefficiente	Desvio Padrão	Valor t	p-valor
Intercepto	0,150	0,106	1,61	0,100
OSS	0,461	0,1144	4,77	0,000
Proporção de Médicos	0,896	0,3298	2,72	0,007
Folha por leito	0,0000005	0,00000009	4,61	0,000

→ Hospitais geridos por OSS são, em média, 46,1 pontos percentuais mais eficientes.

→ Ajuste do modelo (R^2) = 95,4%

→ O R^2 de um modelo somente com a variável categórica OSS = 93,41%

Resultados

Considerando o resultado anterior, supondo que os hospitais de gestão própria tivessem a média de eficiência das OSS:

- O aumento da produção dos 13 hospitais da adm. direta equivale aos serviços hospitalares de dois Hospitais Regionais de São José.
- Portanto, todas as unidades hospitalares terem a eficiência das OSS significa um acréscimo de **2 Hospitais Regionais de São José em atendimento para a população**.
- Em termos financeiros, a baixa eficiência dos hospitais de gestão própria corresponde a um desperdício anual de R\$ 671 milhões em recursos do Estado, o que equivale a dois hospitais regionais.

Este é o custo da ineficiência dos hospitais próprios.

Essas evidências empíricas, de fontes independentes e reconhecidas, demonstram que a análise comparativa entre gestão direta e indireta é legítima, atual e cientificamente embasada. Revelam, ainda, que a decisão administrativa de adoção do modelo OSS está em sintonia com as melhores práticas de gestão pública, voltadas à eficiência, sustentabilidade e aprimoramento contínuo do SUS, sem comprometer sua universalidade.

4.6. Análise de riscos contratuais

A opção pela gestão hospitalar por OSS envolverá riscos que foram cuidadosamente identificados e analisados, utilizando-se o seguinte roteiro dirigido:

- Identificação: Catalogação sistemática dos riscos;
- Classificação: Categorização por natureza e origem;
- Classificação da probabilidade: Estimativa de ocorrência;
- Projeção do Impacto: Avaliação das consequências;
- Priorização da intervenção necessária: Ordenamento por criticidade.

A partir das informações apresentadas no modelo dirigido, o quadro a seguir apresenta todo o mapeamento dos critérios de risco, com destaque para as medidas preventivas e corretivas:

Quadro 1. Classificação dos riscos identificados para a gestão por OSS, sinalizados como alta, média e baixa probabilidade, projeção do impacto, ações preventivas e corretivas a serem adotadas.

Identificação do risco	Probabilidade	Projeção do impacto	Ação preventiva	Ação corretiva
Riscos jurídicos e regulatórios				
1. Riscos trabalhistas	Alta	O regime celetista aplicado aos funcionários das OSS cria vulnerabilidades específicas. Questões como equiparação salarial com servidores públicos, terceirização irregular, e responsabilidade subsidiária do Estado em débitos trabalhistas representam fontes constantes de litígio. A jurisprudência tem reconhecido vínculos empregatícios diretos com o poder público em situações de irregularidade na contratação.	Estabelecer políticas claras de contratação, remuneração e desenvolvimento profissional alinhadas com a legislação trabalhista. Implementar os programas de educação permanente em saúde com foco na valorização dos trabalhadores. Instituir mecanismos de avaliação de desempenho transparentes e colaborativos. Desenvolver sinergismo das ações com a Superintendência de Gestão de Pessoas, Escola de Saúde Pública e Coordenadoria de Promoção e Humanização, para ações voltadas à valorização dos trabalhadores, sem distinções.	Acionar o núcleo estratégico de resolução de conflitos internos para minimizar passivos trabalhistas.
2. Ações judiciais por descumprimento de metas e cláusulas contratuais	Baixa	A responsabilidade solidária entre OSS e Estado ou divergências sobre a interpretação das cláusulas contratuais pode gerar litígios prolongados que comprometem a continuidade e qualidade das ações assistenciais.	Criação de sistemas de transparência ativa que vão além das obrigações legais mínimas. Publicar relatórios periódicos de gestão, contendo indicadores de qualidade e demonstrações financeiras detalhadas. Estabelecer canais de comunicação eficazes com órgãos de controle e sociedade civil. Dar continuidade à reestruturação dos setores da SES, por meio da recém-criada Superintendência de Gestão da Parceria Hospitalar, para a formação e qualificação de equipes especializadas e comprometidas com a transparência e cumprimentos legais.	Aplicar plano de ação corretiva de imediato, com cronogramas de execução e responsáveis designados. Estabelecer comunicação proativa com órgãos de controle e sociedade civil.

Identificação do risco	Probabilidade	Projeção do impacto	Ação preventiva	Ação corretiva
3. Falhas na regulação sanitária	Baixa	O descumprimento de normas da Vigilância Sanitária, protocolos do Ministério da Saúde, e regulamentações específicas do SUS pode resultar em sanções administrativas. A responsabilização pode incluir desde multas até o credenciamento de serviços, impactando diretamente a continuidade assistencial. A perda de certificações e habilitações específicas exige investimentos significativos em adequações estruturais e processuais para recuperação da conformidade.	Manter acompanhamento permanente das comissões hospitalares de qualidade e segurança do paciente, de controle de infecção hospitalar e áreas correlatas. Investir recursos para ações de educação permanente em saúde e atualização constante de protocolos e normas técnicas.	Acionar as equipes da Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Superintendência de Atenção à Saúde para formulação de plano de contingência, conjuntamente com a Superintendência de Gestão da Parceria Hospitalar.
4. Ações contra o Estado ou OSS	Média	Os danos à reputação institucional têm consequências duradouras, inclusive reduzindo a confiança da população nos serviços, impactando a adesão a tratamentos e programas preventivos. A percepção pela sociedade de irregularidades administrativas dificulta futuras contratações e parcerias. Os reflexos sociais dos riscos jurídicos afetam diretamente a população, em especial as comunidades vulneráveis, que dependem exclusivamente dos serviços públicos de saúde, frente a possibilidade de descontinuidade na gestão e nas ações assistenciais. Bloqueios judiciais de recursos financeiros impedem o pagamento de fornecedores e funcionários, criando efeito cascata e comprometendo a qualidade assistencial. A rotatividade de pessoal aumenta significativamente durante crises jurídicas, elevando substancialmente os custos operacionais devido à necessidade de recrutamento e treinamento emergencial.	Implementar os sistemas de controle interno na nova Superintendência de Gestão da Parceria Hospitalar, com monitoramento contínuo de metas contratuais, da aplicação de recursos públicos, e a conformidade com regulamentações sanitárias. Utilizar indicadores de desempenho e auditorias internas periódicas para identificar desvios precocemente. Estabelecer canais de comunicação eficazes com órgãos de controle e sociedade civil.	Adotar de imediato o protocolo de gestão de crises com comunicação coordenada, preservação de evidências e mobilização de recursos jurídicos.
Riscos operacionais				

Identificação do risco	Probabilidade	Projeção do impacto	Ação preventiva	Ação corretiva
5. Dificuldade de contratação de profissionais nas especialidades necessárias	Alta	Há farta literatura chamando a atenção quanto à relação direta entre falta de especialistas e aumento da morbimortalidade, diminuição na sobrevida em casos graves e atrasos no diagnóstico, em especial nas especialidades de Neurologia e Oncologia. O diagnóstico em oncologia pode aumentar de 45 para 90 dias. Gastos com contratação de plantonistas aumentam entre 40% a 60%, considerando a remuneração premium necessária para atrair profissionais escassos. Custos com transferências de pacientes para outros centros podem representar adicional de 15% a 25% do orçamento assistencial. A judicialização da saúde, decorrente da indisponibilidade de especialistas, gera provisões contingenciais que podem alcançar 10% do orçamento total. Indicadores de segurança do paciente deterioram progressivamente. A sobrecarga de trabalho de especialistas gera aumento estimado em 50% na rotatividade dos profissionais.	Implementar estudos da força de trabalho com projeções precisas de necessidades de especialistas por região de saúde. Estabelecer convênios e parcerias com escolas médicas para estágios em OSS, criando a possibilidade de vínculos precoces com futuros especialistas. Implementar a Política de Educação Permanente, incluindo atrativos como financiamento para participação em congressos e centros de pesquisas. Aprimorar as iniciativas já existentes junto ao Núcleo de Saúde Digital da SES, quanto à oferta de teleconsultoria e teleinterconsulta. Otimizar a metodologia DRG cuja implantação é uma exigência contratual, de modo que seja capaz de projetar riscos e desfechos clínicos por meio de inteligência artificial na triagem e diagnóstico preliminar, o que contribuirá com a redução do tempo de atuação dos especialistas. Investir na qualificação específica dos núcleos internos de regulação – NIR (exigência contratual de sua manutenção e implementação) por meio da Central Estadual de Regulação, para melhor manejo e distribuição dos casos que exigirem especialistas.	Criar programas de bonificação excepcional para atração imediata de especialistas críticos. Desenvolver programas de financiamento para especialização de médicos já contratados. Estabelecer parcerias público-privadas para formação acelerada de especialistas em áreas críticas. Desenvolver programas de capacitação intensiva para transformar generalistas em especialistas focais. Criar unidades de cuidado intermediário que reduzam a demanda por especialistas em alta complexidade para os casos extremos.
6. Riscos na disponibilidade de insumos	Média	Falhas em especificações técnicas, processos licitatórios, de planejamento e previsão, na segurança e controle de acesso ao almoxarifado, no controle dos prazos de validade dos insumos, na padronização, horários e rotas de distribuição geram ineficiências operacionais que impactam a segurança e disponibilidade dos insumos e por consequência, descontinuidade e riscos à qualidade das ações assistenciais.	Investimentos voltados ao sistema de gestão integrada, conectando aquisição, armazenamento e distribuição em tempo oportuno. Desenvolver procedimentos de comunicação com fornecedores para recalls e devoluções quando necessário. Criar sistema de provisionamento financeiro para perdas identificadas e ações de recuperação.	Manter em permanente atividade, protocolo de identificação, registro e tratamento de não conformidades, com investigação de causas raiz.

Identificação do risco	Probabilidade	Projeção do impacto	Ação preventiva	Ação corretiva
			Implementar os sistemas de qualidade e controle, por meio da Comissão de Farmácia do Hospital. Acompanhar periodicamente a Comissão de Farmácia, incentivar e apoiar ações educativas sobre legislação sanitária, boas práticas de armazenamento e controle de qualidade. Estabelecer programa de certificação interna com avaliações periódicas de competências.	Criar comitê multidisciplinar para análise de não conformidades graves e definição de ações sistêmicas por meio da equipe de qualidade e segurança do paciente da SES/MT.
Riscos financeiros				
7. Inadequada prestação de contas	Média	O descumprimento das obrigações de prestação de contas constitui inadimplemento contratual grave que pode resultar em rescisão unilateral do contrato de gestão. Cerca de 85% dos contratos rescindidos por justa causa envolvem falhas na prestação de contas. A não prestação de contas pode resultar em bloqueio de repasses futuros, afetando o fluxo de caixa de forma crítica. As OSS com prestação de contas em atraso enfrentam redução de 30% a 50% nos repasses mensais até a regularização. Os custos com assessoria jurídica especializada para regularização podem representar de 5% a 15% do orçamento anual. Multas e penalidades podem alcançar 20% do valor total do contrato, comprometendo significativamente a sustentabilidade financeira e a qualidade e continuidade das ações assistenciais.	Estabelecer diagnóstico completo dos processos de prestação de contas para identificação de gargalos e possíveis pontos de falha. Supervisionar os processos com foco em simplificação, padronização e controle de qualidade. Solicitar constante atualização e publicização dos procedimentos operacionais padrão (POPs) com base em melhores práticas do setor. Implantar programa de auditoria interna específico para prestação de contas com revisões periódicas e recomendações de melhoria. Criar sistema de gestão da qualidade específico para prestação de contas, com auditorias internas regulares.	Notificar imediatamente a OSS por meio do programa de auditoria interna e formalizar um plano de ação emergencial para regularização de prestações de contas em atraso com cronograma detalhado, prazos e responsáveis.
Riscos políticos e sociais				

Identificação do risco	Probabilidade	Projeção do impacto	Ação preventiva	Ação corretiva
8. Improbidade administrativa	Baixa	Riscos jurídicos, operacionais e financeiros afetam diretamente a população usuária do SUS. Interrupções na prestação de serviços essenciais podem gerar desassistência a milhares de pacientes, com consequências diretas na morbimortalidade e carga das doenças. A redução da qualidade assistencial durante períodos de crise administrativa compromete resultados epidemiológicos regionais. Comunidades vulneráveis, que dependem exclusivamente dos serviços públicos de saúde, sofrem impactos desproporcionais quando há descontinuidade na gestão. A percepção negativa da opinião pública frente a estes fatores comprometem a estabilidade e credibilidade do governo.	Implementar as estruturas de governança corporativa com comitês de auditoria, e programas de compliance específicos para o setor. Estabelecer códigos de conduta claros, canais de denúncia eficazes, e treinamentos regulares sobre ética, conformidade legal e Lei de Improbidade Administrativa. Estabelecer canais de comunicação eficazes com órgãos de controle e sociedade civil. Estabelecer ações de acolhimento e valorização de todos os servidores públicos, para que se sintam responsáveis e partícipes das mudanças tão desejadas no cenário da atenção hospitalar de Mato Grosso.	Adotar de imediato o protocolo de gestão de crises com comunicação coordenada, preservação de evidências e mobilização de recursos jurídicos.

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 na unidade hospitalar ao PARCEIRO PRIVADO, 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 da unidade hospitalar, 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 ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA - METROPOLITANO					
Relatório de folha de pagamento/Média de gasto mensal					
Vínculo - Efetivo					
PERFIL	QT	SUBSÍDIO FIXO (R\$)	REGIME PLANTÃO SUS LC 441/2011 (R\$)	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE (R\$)	TOTAL GERAL (R\$)
ENFERMEIRO	1	23.637,57	7.200,00	555,00	85.515,53
	1	24.136,76			
	1	29.986,20			
MÉDICO - ANESTESIOLOGISTA	1	17.005,36	1.770,68	185,00	37.968,33
	1	17.051,61	1.770,68	185,00	
MÉDICO - CARDIOLOGISTA	1	14.001,76	1.770,68	185,00	37.024,64
	1	19.111,52	1.770,68	185,00	
MÉDICO - ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA	1	23.731,82	1.770,68	185,00	25.687,50
MÉDICO - RADIOLOGISTA	1	30.750,33	1.770,68	185,00	32.706,01
NUTRICIONISTA	1	14.556,31	1.770,68	185,00	54.807,56
	1	16.912,86	1.770,68	185,00	
	1	17.471,35	1.770,68	185,00	
ASSISTENTE DE ADMINISTRAÇÃO	1	11.684,30	0,00	0,00	51.887,43
	1	12.363,13			
	1	13.328,22			
	1	14.511,78			
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	1	8.564,88	6.600,00	555,00	42.568,98
	1	11.684,30			
	1	15.164,80			

FARMACÊUTICO	1	22.735,51	1.770,68	185,00	24.691,19
FISIOTERAPEUTA	1	17.051,61	0,00	185,00	241.300,51
	1	17.471,35	2.526,00	185,00	
	1	20.340,38	0,00	185,00	
	1	22.550,51	0,00	185,00	
	1	22.643,01	0,00	185,00	
	1	23.452,57	2.526,00	185,00	
	1	23.545,07	1.789,76	185,00	
	1	24.575,62	2.526,00	185,00	
	1	25.135,27	2.526,00	185,00	
	1	29.500,67	1.290,69	185,00	
TECNICO EM LABORATORIO	1	9.672,19	2.218,96	185,00	12.076,15
TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA	1	8.564,88	2.218,96	185,00	25.166,14
	1	11.793,34	2.218,96	185,00	
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	1	11.234,85	2.218,96	185,00	25.432,15
	1	11.793,34		185,00	
ODONTÓLOGO	1	21.821,92	0,00	185,00	22.006,92
PSICÓLOGO	1	24.011,06	2.526,00	185,00	26.722,06
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	1	6.173,00	0,00	0,00	6.173,00
Total	38	-	56.093,09	6.105,00	751.734,10
Patronal					210.485,55
Total+Patronal (*)					962.219,65

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

Fonte: Documento SIGADOC [SES-CIN-2025/105377](#), de 03 de julho de 2025. Relação atualizada da quantidade de profissionais com seu perfil “vínculo efetivo” lotados na Unidade Metropolitana Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva.

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

6.1. Previsão de cessão de imóvel e bens materiais

O Estado cederá o imóvel do Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva a OSS, exclusivamente para fins de gestão da unidade hospitalar. O Parceiro Privado 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 do imóvel que compõe o Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva ao Parceiro Privado 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 do imóvel, incluindo a utilização para atividades não relacionadas à saúde, deverá ser previamente autorizada pelo Estado.
- O PARCEIRO PRIVADO deverá se comprometer a utilizar o imóvel de forma adequada e para os fins estabelecidos, respeitando as condições e regras de segurança e funcionamento.
- O PARCEIRO PRIVADO deverá realizar a manutenção preventiva e corretiva do imóvel, conforme as necessidades para garantir o funcionamento adequado da unidade hospitalar.

- e) Deverá ser estabelecido o prazo da cessão do imóvel, o qual deverá ser de acordo com a vigência da parceria estabelecida no instrumento contratual.
- f) O PARCEIRO PRIVADO será responsável pela conservação e manutenção do imóvel 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 do imóvel, 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, 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 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 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 deverá solicitar autorização prévia ao Estado e não poderá comprometer a qualidade do atendimento da unidade hospitalar.
- n) O PARCEIRO PRIVADO 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 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 imóvel cedido 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 deve comprometer-se a devolver o imóvel 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

O valor estimado para o custeio mensal das ações, serviços/atividades assistenciais a serem executados **METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA** é de R\$ **19.417.552,82** (teto a ser repassado ao Parceiro Privado). O montante global estimado para o período de 36 meses de vigência contratual é de **R\$ 699.031.901,61** (Seiscentos e noventa e nove milhões trinta e um mil novecentos e um reais e sessenta e um centavo) para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde, conforme detalhado a seguir e na Memória de Cálculo (ANEXO I).

Detalhamento do valor estimado:

- o Orçamento total para 36 meses: R\$ 699.031.901,61
 - o Orçamento anual: R\$ 233.010.633,87
 - o Orçamento mensal: R\$ 19.417.552,82

8. Pesquisa e análise - parâmetros de preço

O art. 6º, inciso IV, do Decreto n.º 764/2024 determina que o edital deverá conter os “parâmetros de preços a serem praticados com limites máximos elaborados pela Secretaria de Estado de Saúde - SES/MT, tendo como referência análises de custos de unidades, contratos anteriores, parâmetros do SUS e valores praticados no mercado”.

Sob essa perspectiva, a correta interpretação desse dispositivo requer leitura sistemática e finalística, em consonância com a natureza jurídica dos contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Diferentemente das licitações regidas pela Lei n.º 14.133/2021, cujo foco é a aquisição de bens e serviços por preços unitários, o contrato de gestão tem por objeto a entrega de resultados pactuados (medidos por metas assistenciais, indicadores de desempenho e parâmetros de eficiência operacional).

Assim, a formação do custo estimado não decorre de tabelas fixas de insumos, mas de modelagens orçamentárias construídas a partir de dados de produção real, complexidade assistencial e capacidade instalada, considerando também os tempos médios de permanência (TMP), a taxa de ocupação, a resolução diagnóstica e terapêutica e os custos fixos e variáveis absorvidos pela operação hospitalar.

Essa interpretação é amparada pelo Tribunal de Contas da União (TCU), que, por meio do Acórdão n.º 3.239/2013-Plenário, reconheceu que os contratos de gestão com entidades qualificadas como OSS devem conter indicadores, metas e prazos capazes de aferir a efetividade da parceria, de modo que o controle recaia sobre o **desempenho/resultado** e não sobre o mero exame de preços unitários.

No presente caso, por meio do ANEXO F DO PLANO DE TRABALHO - ESTIMATIVA DE CUSTEIO e do ANEXO I - MEMÓRIA DE CÁLCULO DA ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL DO ESTUDO TÉCNICO, disponível por meio do [link: https://docs.google.com/document/d/1y5uK9whKTVifOsiqCXnGZstcP86furmfWExOKOqk0d4/edit?tab=t.0#heading=h.6s97rq1n22I7](https://docs.google.com/document/d/1y5uK9whKTVifOsiqCXnGZstcP86furmfWExOKOqk0d4/edit?tab=t.0#heading=h.6s97rq1n22I7), a SES/MT apresentou detalhadas planilhas de estimativa de custeio operacional elaborada a partir de dados oficiais e auditáveis, extraídos dos sistemas SIH/SUS, SIA/SUS, SISREG III e SIEGES, e seguindo a metodologia de custeio por absorção integral, conforme o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS).

Essa análise permitiu projetar o custo médio mensal esperado sob o modelo OSS, assegurando transparência, rastreabilidade e coerência com a prática nacional de gestão hospitalar por resultados, conforme demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 1 - Relação de Parcerias para gestão de Unidades Hospitalares

Parceiro Privado	Hospital e CNES	Especialidades	Número de leitos	Custeio Mensal R\$	UF	Fonte da informação
Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBHAE)	Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) CNES 2338262	Hospital de Urgências com Cirurgia Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica, Ortopedia/Traumatologia, Neurocirurgia, Otorrinolaringologia, Neurologia, Angiologia e Cirurgia Vascular	345	25.051.562,75 (1ª fase) 25.594.867,92 (2ª fase)	GO	Termo de colaboração n.º 97/2024 e 1º termo aditivo - SES/GO. Proc. n.º 202400010093680, vinculado ao processo original de n.º 202300010023416. Disponível em: https://hugo.org.br/termo-de-colaboracao-e-ou-fomento-e-aditivos/

Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde (AGIR)	Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL) CNES 7743068	Hospital de Urgências com Cirurgia Bucomaxilofacial, Cirurgia geral; Cirurgia cardíaca adulto e pediátrica; Neurocirurgia adulto, Pediátrica e Neonatal; Urologia, ortopedia/traumatologia, queimados	466	37.317.840,51	GO	Contrato de gestão n.º 003/2014 e 12º termo aditivo - SES/GO. Proc. n.º 201400010001769. Disponível em: https://www.agirsaude.org.br/transparencia-hugol
INSTITUTO ACQUA - Ação, Cidadania, Qualidade Urbana e Ambiental	Hospital de Referência Estadual de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira CNES 2464594	Hospital de Alta Complexidade com Cardiologia, Cirurgia Geral, Nefrologia Urologia, Neurocirurgia, Neurologia, Pneumologia, pediátrico*	234	27.898.733,34	MA	Contrato de gestão n.º 02/2019-SES/MA e 23º Termo Aditivo - Proc. SEI 2024.110222.37173/2024 Disponível em: https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/4-TA-02-2019.pdf?utm_source=chatgpt.com ; https://institutoacqua.org.br/transparencia/
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)	Hospital Geral de Guarulhos Professor Doutor Waldemar de Carvalho Pinto Filho (HGG) CNES 2080338	Cirurgia Geral abrangendo: pediátrica, ginecologia, neurocirurgia, obstetrícia, ortopedia	297*	21.923.007,72	SP	Contrato de gestão e 1º termo aditivo do Estado de São Paulo - Processo n.º: 024.00150050/2024-35 Disponível em: https://portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/unidades.php#VOID
Seleção da OSS Melhor Técnica	Hospital Regional de Cáceres (na Sede e seu Anexo I)	Sede: ortopedia e traumatologia, neurologia, clínica geral, cardiologia, angiologia, urologia, nefrologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, gastroenterologia, oncologia, medicina intensiva adulto e cirurgia bucomaxilofacial. Anexo I: neurologia e neurocirurgia, ortopedia pediátrica, cirurgia geral pediátrica, medicina intensiva adulto, pediátrica e neonatal.	320	21.648.566,48 custeio inicial	MT	Edital de Chamamento Público n.º 01/2025/SES/MT Processo SES-PRO-2025/22650 Disponível no link: https://www.saude.mt.gov.br/unidade/licitacoes/p/798/edital-de-chamamento-publico-no-0012025sesmt-contrato-de-gestao-caceres

*Dados CNES/DATASUS/MS (2025)

8.1. Síntese comparativa - custo por leito/dia e adequação ao parâmetro nacional de referência

Em análise de *benchmarking* interinstitucional, considerando o custeio mensal estimado de R\$ 20.379.772,47 **para o Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva - Metropolitano (Várzea Grande/MT)** e o total de 222 leitos operacionais, apura-se um custo médio de R\$ 91.800,78 por leito/mês, **equivalente a aproximadamente R\$ 3.060,03 por leito/dia.**

Esse valor situa-se dentro da faixa de referência nacional observada em contratos de gestão hospitalar de alta complexidade, a qual varia entre R\$ 2.800,00 e R\$ 4.500,00 por leito/dia, conforme o perfil assistencial, porte e densidade tecnológica da unidade.

Tal intervalo resulta da média ponderada de custos efetivos apurados em contratos de gestão sob o modelo OSS nos Estados de Goiás, São Paulo e Maranhão, amplamente publicados em portais oficiais e relatórios de transparência.

As informações abaixo demonstram a distribuição dos custos médios por leito/dia nas principais unidades de referência nacional comparáveis:

- Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGOL (GO), com 466 leitos e custeio mensal de R\$ 37.317.840,51, equivalente a **R\$ 3.337,00/leito-dia (GOIÁS, 2023);**
- Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz – HUGO (GO), com 345 leitos e custeio mensal de R\$ 25.051.562,75, correspondendo a **R\$ 2.426,00/leito-dia (GOIÁS, 2024);**
- Hospital de Referência Estadual de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira (MA), com 234 leitos e custeio mensal de R\$ 27.898.733,34, resultando em **R\$ 3.974,00/leito-dia (MARANHÃO, 2024);**
- Hospital Geral de Guarulhos “Prof. Dr. Waldemar de Carvalho Pinto Filho” (SP), com 297 leitos e custeio mensal de R\$ 21.923.007,72, perfazendo **R\$ 2.463,00/leito-dia (SÃO PAULO, 2024).**

Dessa forma, conclui-se, por mais uma forma de demonstração, que o custo operacional projetado para o Hospital Metropolitano de Várzea Grande encontra-se em consonância com as melhores práticas de gestão hospitalar pública, refletindo alinhamento técnico-financeiro, sustentabilidade orçamentária e compatibilidade com o desempenho de unidades de perfil semelhante em outros entes federativos.

9. Justificativa Técnica - Exigência de Nível III de Qualificação para Participação no Chamamento Público do Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva (Metropolitano)

A restrição que estabelece que somente poderão participar do chamamento público as entidades previamente qualificadas como OSS no **nível III**, decorre de fundamento técnico e jurídico exposto, critério de adequação técnico-regulatória e de segurança institucional, explica-se:

Nos termos do art. 19 da Lei Complementar n.º 583/2017, a qualificação prévia é condição indispensável para que a entidade participe do chamamento público e celebre contrato de gestão com o Poder Público. O Decreto Estadual n.º 764/2024, por sua vez, ao regulamentar a referida Lei Complementar, estabelece que o enquadramento da entidade requerente em determinado nível de qualificação depende da comprovação de experiência na gestão de unidade hospitalar com porte correspondente ao nível pretendido, sendo o nível III destinado àquelas com experiência comprovada em unidades com mais de 200 leitos e perfil de média e alta complexidade, vejamos:

Art. 4º Além dos requisitos previstos no art. 3º deste Decreto, são requisitos específicos para qualificação das entidades privadas como Organização Social de Saúde:

§ 6º As entidades interessadas em se qualificarem como OSS, no momento do requerimento, deverão indicar o nível de qualificação pretendido, ocasião em que deverão comprovar o atendimento dos critérios estabelecidos na forma do regulamento, sem prejuízo, quanto à

comprovação de gerenciamento de unidade(s) hospitalar(es), do critério mínimo de enquadramento em uma das seguintes categorias:

I - experiência no gerenciamento de 50 a 100 leitos de média complexidade;

II - experiência no gerenciamento de 101 a 200 leitos, com procedimentos de média e alta complexidade;

III - **experiência no gerenciamento por quantidade superior a 200 leitos**, com procedimentos de média e alta complexidade.

§ 1º A comprovação de **experiência gerencial da entidade interessada de, pelo menos, 04 (quatro) anos**, poderá ser feita por meio da apresentação de certidões ou atestados emitidos por pessoa jurídica de direito público ou privado que demonstrem capacidade operacional na execução de serviços de assistência hospitalar, ambulatorial, apoio diagnóstico e terapêutico, **no âmbito do Sistema Único de Saúde.**

O parágrafo único do art. 8º do mesmo decreto reforça que “**o edital deverá exigir que a prévia qualificação por nível, conforme o § 6º do art. 4º deste Decreto, e a respectiva comprovação da habilitação técnica, sejam compatíveis com o tamanho da unidade hospitalar que é objeto do chamamento público**”, o que vincula juridicamente o gestor público à adoção de critério de proporcionalidade técnica entre a experiência comprovada e o porte da unidade a ser gerida.

A gestão de unidade hospitalar de grande porte exige competências técnicas específicas e integradas, que envolvem não apenas a administração de leitos, mas também o domínio de fluxos assistenciais complexos, a gestão de recursos humanos especializados, o controle de insumos estratégicos e a supervisão de resultados clínicos, administrativos e financeiros. Esse conjunto de atribuições diferencia-se substancialmente da gestão pulverizada de múltiplas unidades de médio porte, mesmo que, se somadas, apresentem quantitativo de leitos superior.

Nesse sentido, o §6º do art. 4º do Decreto nº 764/2024, ao mencionar “unidade(s) hospitalar(es)”, não autoriza interpretação extensiva que admita a *somatória* de leitos entre unidades distintas, **sob pena de desvirtuar a finalidade do critério técnico estabelecido. Trata-se de exigência legítima e necessária para garantir que a entidade possua experiência real e estruturada na condução de serviços hospitalares de maior complexidade, assegurando sua aptidão para assumir, com segurança e eficiência, a gestão de estabelecimentos como o Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva (Metropolitano), que possui perfil de alta complexidade e mais de 200 leitos operacionais SUS.**

Sob a ótica da boa governança pública, a exigência de nível III encontra respaldo nos princípios constitucionais da legalidade, eficiência, razoabilidade, proporcionalidade e supremacia do interesse público (art. 37 da Constituição Federal), que orientam a seleção de parceiros com capacidade técnica comprovada para entregar resultados assistenciais qualificados em estruturas de elevada responsabilidade sanitária.

Em analogia, a **Súmula n.º 263 do Tribunal de Contas da União (TCU)** consolida entendimento de que é legal a exigência de comprovação de execução de quantitativos mínimos em obras ou serviços com características semelhantes, desde que proporcional à dimensão e à complexidade do objeto a ser executado, o que reforça a pertinência da exigência ora questionada.

A interpretação restritiva evita que entidades sem vivência prática em gestão hospitalar de grande porte tentem suprir o requisito por meio da agregação artificial de experiências desconexas, o que comprometeria a segurança jurídica do processo e a qualidade da assistência.

Assim, a **comprovação de experiência exigida para qualificação no nível III deve estar vinculada à gestão comprovada de uma ou mais unidades hospitalares com mais de 200 leitos, de média e alta complexidade, no âmbito do SUS, pelo período mínimo de quatro anos**, conforme expressamente previsto na regulamentação vigente.

Importa destacar, ainda, que o Decreto n.º 764/2024 resulta de um amadurecimento institucional do Estado de Mato Grosso, após experiências pretéritas de gestão indireta que evidenciaram a necessidade de aperfeiçoar critérios de qualificação, chamamento e fiscalização/monitoramento.

O novo modelo normativo visa fortalecer a transparência, o controle prévio e a governança pública, assegurando que apenas OSS tecnicamente experientes e idôneas assumam a gestão de unidades estratégicas estaduais, em especial aquelas de alta complexidade assistencial.

O intuito é inequívoco: prevenir a repetição de falhas pretéritas, fortalecer o controle institucional e garantir que apenas entidades com competência comprovada, idoneidade e capacidade operacional assumam a gestão de hospitais estaduais, resguardando, assim, o interesse público, a segurança do paciente e a eficiência na aplicação dos recursos públicos.

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

Disponível por meio do link:

<https://docs.google.com/document/d/1y5uK9whKTVifOsiqCXnGZstcP86furmfWExOKOqk0d4/edit?tab=t.0>

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 do **METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA**, deverá estar pautada 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 da unidade 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, *PERFORMANCE* 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 dos 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, 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 n.º 8.080/1990, Resolução RDC ANVISA n.º 36/2013 e Portaria GM/MS n.º 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 da unidade de saúde designada;
- 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 da unidade 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 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.

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 n.º 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 n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011 e Decreto n.º 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 n.º 131/2009, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/2011 e Decreto n.º 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 o 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 METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA deverá manter-se como referência para 142 municípios das Macrorregiões de Saúde no âmbito do Estado de Mato Grosso.

2.5.2. O PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer na proposta de trabalho a projeção dos atendimentos e das atividades assistenciais deverão seguir as especificações técnicas do ANEXO A do plano de trabalho, com apresentação das volumetrias a serem projetadas a partir delas.

2.5.2.1. As projeções de volumetrias deverão ser consideradas a Internação Hospitalar por complexidade (média/alta complexidade), capacidade instalada, funcionamento 24h, 30 dias/mês:

- Saídas de Clínicas/especialidades;
- Saídas Cirúrgicas/especialidades;
- Diárias de Leitos Complementares (UTI);
- Centro Cirúrgico: taxa de utilização de salas
- Hospital Dia e Cirurgia Ambulatorial: saídas cirúrgicas/ capacidade projetada
- Atenção Ambulatorial Especializada - Consultas Médicas e Multiprofissionais: deverão ser considerados o número de consultórios projetado, o tempo de atendimento de consultas de até 30 minutos, e o período de funcionamento do ambulatório, considerando que o mesmo deverá funcionar de segunda a sexta, 22 dias por mês, das 7 às 17h.

2.5.3. As habilitações de serviços existentes junto ao Ministério da Saúde deverão ser mantidas. Adicionalmente, os serviços que o hospital já presta e que ainda não possuem habilitação, bem como todos os novos serviços a serem implementados, deverão ser devidamente habilitados.

2.5.4. Os serviços a serem executados deverão ser:

a. Serviços a serem executados minimamente:

1. Assistência de média e alta complexidade;
2. Traumatologia-ortopedia;
3. Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo II (incluindo hemodiálise);
4. Neurologia/Neurocirurgia (Neuro-intervencionista);
5. Endocrinologia;
6. Pneumologia;
7. Assistência em Atenção Médico Domiciliar (*Home Care*) incluindo cuidados paliativos;
8. Centro de Reabilitação: Físico e Intelectual, com suporte de serviço de próteses e oficina ortopédica;
9. Cirurgia Vascular com suporte de hemodinâmica;
10. Nefrologia;
11. Urologia (cirúrgica);
12. Cirurgia Torácica;
13. Clínica Geral;
14. Cirurgia Geral Adulto;
15. Assistência em Obesidade e Sobrepeso
16. Cirurgia Plástica (reparadora)
17. Serviço de Urgência e Emergência;
18. Assistência ao Acidente Vascular Cerebral (AVC);
19. Utilização do Centro Cirúrgico e Anestesiologia 24h;
20. Cirurgias de todas as especialidades elencadas;
21. Internações de média e alta complexidade;
22. Atendimentos Clínicos de todas as áreas elencadas;
23. Serviço de Referência Hospitalar para Procedimentos Cirúrgicos em Hanseníase
24. Serviço de Hemoterapia;
25. Serviço de Captação de Órgãos;

26. Saúde digital;
27. Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) EXTERNO e INTERNO;
28. Time de Desospitalização;
29. Transporte Sanitário;
30. Qualificação Profissional e Integração Ensino-serviço;
31. Comissões Clínicas, Comitês e Núcleos Hospitalares.

b. Além disso, a **unidade hospitalar** em sua estrutura de leitos hospitalares, deverá contar com a capacidade instalada em torno do **quantitativo de 222 leitos** hospitalares distribuídos em sua unidade e organizados minimamente em leitos de internação conforme especificação técnica ANEXO A deste plano de trabalho. Enfermarias com no máximo 6 leitos a fim de garantir a privacidade e a segurança do paciente, ou seja, cada enfermaria deverá ter no máximo 6 leitos por quarto e deverão ser cumpridas as demais disposições contidas na Resolução RDC ANVISA n.º 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.

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 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 (cumprir/não cumprir) 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;
- **Atenção integral:** Disponibilizar 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.
- **Planejamento integrado** para as intervenções necessárias na estrutura física e fluxos assistenciais, voltadas ao alcance das normas sanitárias vigentes e alvará sanitário, imprescindíveis ao processo de acreditação e/ou certificações hospitalares nas áreas de interesse.

3.6. Metas de produção: METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA

- 3.6.1. As Metas de Produção 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 METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA

- a. Consultas médicas - realizar um número específico de consultas médicas mensais, conforme a demanda e a capacidade instalada da unidade hospitalar.
- 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 de 85% conforme legislação vigente, otimizando a utilização dos recursos disponíveis.

3.7. Metas Qualitativas: UNIDADE METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA

- **Grau de satisfação:** Alcançar um índice de satisfação dos usuários do SUS acima de 90% na enfermaria, 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 de desempenho e *performance* deverão estar minimamente agrupados nas seguintes categorias, conforme detalhamento do **ANEXO C do Plano de Trabalho – INDICADORES DE DESEMPENHO, PERFORMANCE E QUALIDADE:**

- Desempenho na Qualidade da Informação;
- Desempenho na Regulação de Acesso;
- Desempenho na área de Humanização e Cuidados Paliativos;
- Desempenho no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH;
- Desempenho na área de Segurança do Paciente;
- Desempenho na Qualidade das atividades cirúrgicas;
- Desempenho na área de Atenção ao Usuário do SUS.
- Desempenho na área de Eficiência Operacional;
- Desempenho na área de Qualidade Assistencial;

Apresentamos quadro com o indicador, metodologia de cálculo e as metas aceitáveis segundo a literatura, com resultado maior/igual ou menor/igual, conforme parâmetros utilizados em Contratos de Gestão vigentes em outras Unidades Federativas (UF) (Rio de Janeiro/RJ, Goiânia/GO, São Paulo/SP).

Quadro de Indicadores – Editais/Contratos OSS praticados nos Estados SP/RJ/GO.

Indicador	Fórmula / Parâmetro	Frequência	Parâmetros (padrão)	Padrões estaduais (SP, RJ, GO)
% AIH em saídas	AIH processadas na competência ÷ saídas ×100	Mensal	≥ 60 %; ideal ≥ 80 %	SP/RJ/GO adotam metas ≥ 75–80 % (meta DF)
CEP válido (%)	registros com CEP correto ÷ total de registros ×100	Mensal/ trimestral	≥ 95 %	Iniciativas da GO incluem meta ≥ 90 % (controle interno)
Tempo de resposta NIR	tempo médio (h) entre solicitação e reserva UTI	Mensal	≤ 1 h	SP e RJ estipulam ≤ 2 h em termo de referência de UPA/UTI
Taxa de Mortalidade Institucional	óbitos ÷ saídas ×100	Mensal	≤ casuística ajustada (ex: ≤3 % cirúrgica)	SP tem descontos por mortalidade elevada
Ocupação Leitos Clínico e UTI	ocupação (%) = diárias ÷ (leitos×dias)*100	Mensal	UTI ≥ 90 %; clínica 80–85 %	Meta 85–95 % em SP/RJ; GO exige ≥ 90 % para incentivos
Tempo médio de permanência (TMP)	total de dias ÷ nº de saídas	Mensal	≤ 5 dias (clínico), ≤ 7 cirúrgico	Contratos SP e GO com meta ≤ 5 dias
Taxa de Infecção Hospitalar (TIH)	IH ÷ saídas ×100	Mensal	≤ 5 % (cirúrgicas limpas e urinárias)	Padrão nacional, replicado em SP/RJ/GO
Densidade IH UTI Adulto	IH eventos ÷ paciente-dia ×1000	Mensal	≤ 10/1.000 pd (infecção total)	Critérios baseados em Portaria CCIH replicados entre estados

DI CSC em UTI adulto	$\text{casos CSC} \div \text{CVC-dia} \times 1000$	Mensal	$\leq 3/1\ 000$ dias-cvc	SP/RJ exigem $\leq 2-3$
DI Pneumonia VM adulto	$\text{casos Pnm} \div \text{VM-dia} \times 1000$	Mensal	$\leq 5/1\ 000$ dias-vm	Igual replicado em RJ/SP
DI ITU SVD adulto	$\text{casos ITU} \div \text{SVD-dia} \times 1000$	Mensal	$\leq 3/1\ 000$ dias-svd	Parâmetro nacional usado em SP, RJ
Revisão prontuários IH (%)	$\text{prontuários com revisão} \div \text{total IH} \times 100$	Trimestral	$\geq 90\ \%$	Prática exigida em SP e GO
TMO (mortalidade operatória)	$\text{óbitos 30 dias} \div \text{cirurgias} \times 100$	Mensal/ trimestral	$\leq 2-3\ \%$	Contratos SP incluem metas por especialidade
Eventos falha identificação	$\text{n}^\circ \text{ eventos} \div \text{saídas} \times 1000$	Mensal	Zero tolerância	SP e RJ definem penalização imediata
Erros - uso de medicamentos	$\text{n}^\circ \text{ erros} \div \text{doses administradas} \times 100$	Mensal	$\leq 1\ \%$	SP/GO com meta $\leq 0,5-1\ \%$
Erros prescrição	$\text{prescrições com erro} \div \text{total prescrições} \times 100$	Mensal	$\leq 1\ \%$	Contratos SP incluem penalidade
Erros dispensação	$\text{erros dispensação} \div \text{total dispensações} \times 100$	Mensal	$\leq 1\ \%$	Meta SP/RJ: $\leq 1\ \%$
Erros administração	$\text{erros admin} \div \text{doses} \times 100$	Mensal	$\leq 1\ \%$	Meta comum em contratos estaduais
Aderência Lista Cirurgia Segura	$\text{checklists aplicados} \div \text{cirurgias} \times 100$	Mensal	$\geq 95\ \%$	Contratos SP exigem $\geq 99\ \%$
Incidência de quedas	$\text{quedas} \div \text{pacientes-dia} \times 1000$	Mensal	$\leq 3/1\ 000$ pd	Parâmetro replicado internacionalmente e adotado em RJ/SP
Incidência LPP	$\text{lesões} \div \text{pacientes-dia} \times 1000$	Mensal	$\leq 5/1\ 000$ pd	Crítérios replicados em SP/RJ/GO
Resolução de queixas (%)	$\text{queixas atendidas} \div \text{recebidas} \times 100$	Trimestral	$\geq 90\ \%$	SP/RJ adotam $\geq 85-90\ \%$
Satisfação/NPS	$\text{NPS} = \% \text{Promotores} - \% \text{Detratores}$	Semestral	$\text{NPS} \geq +60$	SP/RJ com exigência de $\text{NPS} \geq +50$

Fonte:

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de indicadores do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops/indicadores>. GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Chamamento público - Organização Social de Saúde. Disponível em: <https://www.saude.ms.gov.br/programas-e-projetos/organizacao-social-de-saude/chamamento-publico-oss>. GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Guia de qualificação de indicadores da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Disponível em: <https://guia-indicadores.saude.go.gov.br/index>. GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Instrumentos de avaliação da transparência dos contratos de gestão e dos termos de colaboração da SES - 2024. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/avaliacao-transparencia-oss-osc-2024>. RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude/contratos-de-gestao>. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Editais de chamamento público. Disponível em:

<https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/homepage/outros-destaques/editais-de-chamamento-publico>.

SÃO PAULO (Município). Prefeitura. Editais, contratos e seus anexos relativos à gestão pública em saúde. Disponível em:

<https://ppp.prefeitura.sp.gov.br/edital.htm>.

MATO GROSSO (Estado). Ministério Público. Recomendação conjunta sobre contratação de OSS por Estado e Municípios. Disponível em:

<https://www.mpto.mp.br/caop-da-cidadania/2017/01/23/998506-recomendacao-conjunta-contratacao-oss-estado-e-mu>

nicipios RIBEIRO, Luiz Carlos Bresser-Pereira; LIMA, Franciele da Silva. Escolas charter, contratos de gestão e avaliação externa: o IDEB como cláusula contratual. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 42, e235033, 2021. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/journal/684/68464195033/html>.

SANTOS, Andressa Nogueira dos; VIEIRA, Fabiola Sulpino; CAMPOS, Gabriel da Rocha. O modelo de remuneração das Organizações Sociais de Saúde (OSS) hospitalares do estado de São Paulo. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 263–285, mar./abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220230406>.

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 e *performance* relacionados à qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS na Unidade Hospitalar **METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA**. 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 mensal que permita o monitoramento contínuo dos indicadores de desempenho e qualidade definidos;
- **Análise periódica:** realizar análises trimestrais 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 - METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA - 2025

ITEM	ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	CRITÉRIO	FINANCEIRO ESTIMADO / MENSAL (R\$)	FINANCEIRO ESTIMADO/ ANUAL (R\$)
1	Órtese, Prótese, Materiais Especiais (OPMEs)/ Compatibilidade	Materiais	3.925.528,10	47.106.337,20
2	Órtese, Prótese, Materiais Especiais (OPMEs)/ Alto CustO (25% - Compatibilidade)	Materiais	981.382,02	11.776.584,24
3	Diárias de 50 Leitos Complementar de UTI Adulto Tipo II, sendo 40 Leitos UTI Habilitados - Recurso Fonte Estadual R\$1.109,69 e 10 Leitos de UTI Não Habilitado - Recurso Fonte Estadual - R\$2.000,00/Diária (Portaria nº.208/2023/GBSES	Diárias	1.320.000,00	15.840.000,00
4	Portaria GM/MS Nº 4.243, de 6 de Dezembro de 2022	Diárias	328.500,00	3.942.000,00

	Habilita leitos de Unidades de Terapia Intensiva - UTI Adulto Tipo II 30 Leitos. Incentivo - Recurso Fonte Federal			
5	Portaria GM/MS Nº.4.535, de 6 de Dezembro de 2022 Habilita leitos de Unidades de Terapia Intensiva - UTI Adulto Tipo II 10 Leitos. Incentivo - Recurso Fonte Federal.	Diárias	164.250,00	1.971.000,00
6	10 Leitos Complementares de UTI Adulto Tipo II Habilitados para a Rede de Atenção às Urgências (RAU) junto ao Ministério da Saúde, plano foi aprovado e publicado através da Portaria GM/MS nº 1.412, de 6 de julho de 2012 do Ministério da Saúde e republicada nas datas de 20 de Julho de 2012. Incentivo - Recurso Fonte Federal.	Diárias	256.500,00	3.078.000,00
7	Produção Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH - Aprovado e Apresentado) - Recurso Fonte Federal (Teto MAC)	Procedimentos	3.021.705,49	36.260.465,88
8	Serv.Nefrologia (Sessões de Hemodiálise) em Clínica e UTI Adulto Tipo II - Portaria nº.594/2021/GBSES. Recurso Fonte Estadual.	Sessão	127.396,80	1.528.761,60
9	Transporte Terrestre Suporte Básico (Tipo B) e Suporte Avançado (Tipo D) KM Rodado	Quilometragem Rodada	1.250.010,00	15.000.120,00
10	Atenção Ambulatorial - Média e Alta Complexidade - Atendimentos, Ações, Serviços e Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	Exames/Atendimentos	1.419.735,55	17.036.826,60
11	Modalidade HOSPITAL-DIA/ Cirurgia Ambulatorial (CMA/ cma)	Procedimentos/Atendimentos	357.808,64	4.293.703,68
12	Atenção Hospitalar - Clínica e Cirúrgica - Média e Alta Complexidade	Paciente-Dia/Saídas	4.487.848,72	53.854.184,64
13	Captação de Órgãos	Procedimento	2.184,88	26.218,56
14	Suporte/ implantação de serviço de qualificação dos atestados de óbitos por causas mal definidas com incorporação de tecnologias de diagnóstico por imagem	Exame/Procedimento	4.589,82	55.077,84
15	Atenção Médico Domiciliar e Cuidados Paliativos (Home Care)	Diária	1.770.112,80	21.241.353,60
Total "Estimativa de Custeio"			19.417.552,82	233.010.633,84

4.1. O montante estimado do orçamento para o custeio mensal das ações, serviços/atividades assistenciais a serem executados na Unidade Hospitalar é de R\$ **19.417.552,82** (teto a ser repassado ao Parceiro Privado) mais o valor de R\$ **962.219,65** (servidores efetivos do Estado), totalizando R\$ **20.379.772,47**. O montante global estimado para o período de 36 meses de vigência contratual é de **R\$ 699.031.901,61** (Seiscentos e noventa e nove milhões trinta e um mil novecentos e um reais e sessenta e um centavo), para custeio das despesas da unidade 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. 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.

5.4. 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.

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 da atenção, auditorias regulares e a conformidade com os dispositivos legais e normativos vigentes. Esses indicadores permitirão 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, PERFORMANCE 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 (cumpru/não cumpru) 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

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.

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

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

1.1.2. 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;

1.1.3. 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);

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

1.1.5. 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;

1.1.5.1. 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.

1.1.6. 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;

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

1.1.7.1. 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.

1.1.7.2. 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.

- 1.1.7.3.** 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.
- 1.1.8.** Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao usuário do SUS por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;
- 1.1.9.** 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;
- 1.1.10.** Consolidar a imagem do hospital como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários do SUS, primando pela melhoria na qualidade da assistência;
- 1.1.11.** 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;
- 1.1.11.1.** Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.
- 1.1.12.** Receber a cessão do Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva 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.
- 1.1.13.** 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.
- 1.1.14.** 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;
- 1.1.15.** 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;
- 1.1.16.** 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.
- 1.1.17.** 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;
- 1.1.18.** Garantir o pleno acesso da Ouvidoria SUS aos usuários do SUS e acompanhantes atendidos na Unidade Hospitalar;
- 1.1.19.** 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;
- 1.1.20.** 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);
- 1.1.21.** 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;
- 1.1.22.** Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade Hospitalar, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde- SES/MT;
- 1.1.23.** Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos neste instrumento e seus anexos;

- 1.1.24.** 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 da unidade hospitalar;
- 1.1.25.** 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;
- 1.1.26.** 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;
- 1.1.27.** 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;
- 1.1.28.** 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;
- 1.1.29.** 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;
- 1.1.30.** 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;
- 1.1.31.** 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;
- 1.1.32.** 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;
- 1.1.33.** 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.
- O 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 1.032 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.

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

1.1.35. 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;

1.1.36. 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 na unidade hospitalar consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

1.1.37. Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:

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

1.1.37.2. 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.

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

1.1.37.4. Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas à hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES-MT com os municípios e/ou outra unidade 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;

1.1.37.5. Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para a realização dos procedimentos hemoterápicos/hematológicos, com quantitativo compatível para o perfil da unidade 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.

1.1.37.6. Executar os procedimentos necessários para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionam com a unidade.

1.1.37.7. 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).

- 1.1.37.8.** 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.
- 1.1.37.9.** Possuir rotinas e protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, relacionados à assistência hemoterápica e hematológica, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico.
- 1.1.37.10.** 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.
- 1.1.37.11.** Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES-MT no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.
- 1.1.37.12.** Possuir e/ou participar do Comitê Transfusional Multidisciplinar do HEMOCENTRO/SES-MT.
- 1.1.37.13.** Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos usuários do SUS e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.
- 1.1.37.14.** 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.
- 1.1.37.15.** Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários do SUS, atendendo a legislação vigente.
- 1.1.37.16.** 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.
- 1.1.37.17.** Atender aos requisitos e protocolos estabelecidos pelo HEMOCENTRO/SES-MT, de acordo com a legislação, para o adequado fornecimento e uso de hemocomponentes.
- 1.1.37.18.** Dispor dos insumos e materiais necessários ao adequado uso dos hemocomponentes fornecidos e realização dos procedimentos transfusionais.
- 1.1.38.** Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da Administração Pública e conforme os Princípios e Diretrizes do SUS.
- 1.1.39.** 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) Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- 23) Comitê de *Compliance*;
- 24) Comitê de Ética em Pesquisa;
- 25) Comitê de Transfusional;
- 26) Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- 27) Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar - NAQH;
- 28) Núcleo Interno de Regulação – NIR;
- 29) Núcleo de Vigilância Hospitalar de Epidemiologia – NVHE;
- 30) Núcleo de Qualidade e Acreditação Hospitalar;
- 31) Núcleo Especializado em Tratamento da Dor;
- 32) Núcleo de Educação Permanente em Saúde;
- 33) Núcleo de Engenharia Clínica e Núcleo de Manutenção Geral.

1.1.40. Dispor das Comissões Clínicas, Comitês e Núcleos Hospitalares considerando minimamente o detalhamento a seguir:

1) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar CCIH

- 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 nº. 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)

- 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)

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

4) Comissão de Humanização

- 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 GBSSES/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;
- 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 acolhimento do 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

- 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

- 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

- 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

- 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

- 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

- 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

- 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 da Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**. 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

- 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

- 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

- 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

- 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

- 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

- 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

- 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

- 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

- 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

- 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) Comitê de Gerenciamento de Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar

- 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.

23) Comitê de Compliance

- 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.

24) Comitê de Ética em Pesquisa

- 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.

25) Comitê Transfusional

- 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.

26) Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

- 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.

27) Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar - NAQH

- 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. Deverá monitorar o agendamento cirúrgico, otimizar a utilização das salas, agilizar a realização de exames necessários e definir 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.

28) Núcleo Interno de Regulação – NIR

- 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.

29) Núcleo de Vigilância Hospitalar de Epidemiologia – NVHE

- a) A Unidade Hospitalar METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA, 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.

30) Núcleo de Qualidade e Acreditação Hospitalar

- 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, PERFORMANCE 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.

31) Núcleo Especializado em Tratamento da Dor

- 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.

32) Núcleo de Educação Permanente em Saúde

- 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.

33) Núcleo de Engenharia Clínica e Núcleo de Manutenção Geral

- 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 da unidade 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, às 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 na unidade hospitalar, 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 na unidade hospitalar, 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 METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA

3.1. IDENTIFICAÇÃO

- **Nome CNES:** Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva
- **CNES:** 6853781
- **Endereço:** Avenida Dom Orlando Chaves S/N, Bairro: Cristo Rei, CEP: 78118-187 - Várzea Grande/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 Cirurgia Geral, cirurgia bariátrica, Ortopedia/traumatologia, Neurologia, Urologia, Vascular, Gastroenterologia, Endocrinologia, Clínica Geral, 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 EXISTENTE E PROJETADA

3.2.1. A UNIDADE METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA deverá possuir 222 leitos operacionais, sendo 50 Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva e cuidados progressivos- UTI Adulto Tipo II, todos disponíveis ao SUS, bem como outros setores de suporte, distribuídos minimamente da seguinte forma:

Quadro 01. Capacidade Instalada projetada da Unidade Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira Da Silva, 2025.

BLOCO	DESCRIÇÃO	LEITOS EXISTENTES	LEITOS PROPOSTOS
ENFERMARIAS CIRÚRGICAS			
A	Enfermaria Neurocirurgia	26	26 (25 leitos + 01 isolamento)
B	Enfermaria Cirurgias Gerais	24	30 (28 leitos + 02 isolamentos)
C	Enfermaria Traumatortopedia	90	90 (87 leitos +03 isolamentos)
D	Enfermaria Traumatortopedia		
H	Enfermaria Traumatortopedia		
ENFERMARIAS CLÍNICAS			
E	Enfermaria Clínica Médica	30	20 (18 leitos + 02 isolamentos)
HOSPITAL DIA			
E Próx. ao PA	Hospital dia	10	6
Subtotal leitos enfermaria		180	171
TERAPIA INTENSIVA			
G	UTI Adulto Tipo II - 1	10	10 (09 leitos + 01 isolamento)
G	UTI Adulto Tipo II - 2	30	30 (27 leitos + 03 isolamento)
I	UTI Adulto Tipo II - 3	10	10 (09 leitos + 01 isolamento)
Subtotal leitos complementares UTI		50	50
Total leitos de internação		230	222

Fonte: Programa de Necessidades de Projeção emitida pela SUPO/SES-MT, atualização em 30/06/2025.

- 3.2.1.1.** Deverá reorganizar a estrutura conforme a projeção dos leitos, realizando as adequações necessárias conforme preconizado pela RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, visando a qualidade da assistência prestada.

- 3.2.1.2.** Deverá ofertar Serviços Assistenciais de Atenção Ambulatorial e de Internação Hospitalar para Referência Estadual de Média e Alta Complexidade, como Centro de Referência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, Unidade de Assistência em Obesidade Grave, Serviços de Neurocirurgia em Alta Complexidade, Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo II, Serviço de Cirurgia Vascular, Assistência Cirúrgica em Otorrinolaringologia, Cirurgia Geral, Suporte de Hemodinâmica, Urologia, Nefrologia, Bucomaxilo.
- 3.2.1.3.** Deverá oferecer atendimento de urgência e emergência (24 horas), utilização do centro cirúrgico e anestesiologia 24 horas, terceiro turno para as cirurgias eletivas (22 horas), ambulatório de especialidades c/ serviço de reabilitação e internação clínica e cirúrgica, minimamente, nas especialidades definidas.
- 3.2.1.4.** A Unidade hospitalar 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, Tomografia Computadorizada, Anatomia Patológica, Análises Clínicas) aos usuários do SUS atendidos em regime de urgência/emergência e internação.
- 3.2.2. Instalações físicas para assistência**
- 3.2.2.1.** A **Unidade hospitalar**, 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 existente, o PARCEIRO PRIVADO, deverá analisar a capacidade instalada e propor melhorias e ampliação de salas. A proposta apresentada deve contemplar minimamente os seguintes departamentos setoriais demonstrados a seguir:

OUTRAS INSTALAÇÕES FÍSICAS			
BLOCO	SERVIÇO	SALAS/ LEITOS EXISTENTES	SALAS/ LEITOS PROJEÇÃO
BLOCO CIRÚRGICO			
Bloco Cirúrgico	Bloco Cirúrgico 5 Salas Cirúrgicas c/ Recuperação Anestésica	5	5 Salas Cirúrgicas, sendo que uma Sala Híbrida com equipamento de Sistema de Hemodinâmica
Bloco Cirúrgico	Leitos de recuperação pós-anestésica (RPA)	5	6
CIRURGIA HOSPITAL DIA			
Sala Cirúrgica para Hospital-Dia exclusiva	Sala Cirúrgica para realizar cirurgias de Maior/menor complexidade AMBULATORIAL (Hospital-Dia / Cirurgia Ambulatorial)	1	1 sala específica
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
PA	Serviço de Urgência e Emergência - Leitos de Estabilização	8	6 leitos de urgência e emergência e 2 de observação
AMBULATÓRIOS			
Ambulatório	Consultórios de Especialidades	7 Consultórios Médicos de Clínica especialidades 2 Consultórios Não Médicos	11 Consultórios Médicos de Clínica especialidades 2 Consultórios Não Médicos
F	Centro de Reabilitação CER II: Físico e Intelectual, incluindo apoio de próteses e oficina ortopédica.	-	-
SADT			
Próximo a Recepção do Ambulatório	Laboratório de Diagnóstico Clínico e anátomo (Unidade vai possuir ponto de coleta para exames que devem ser realizados fora do hospital)		

RM	Sala de Ressonância de campo aberto para comportar pacientes obesidade mórbida (400 a 430kg)
Corredor do Bloco do PA	Sala de Radiologia
TC	Contêiner da Tomografia de 16 canais, capacidade para 150 kg e diâmetro de 70 cm
Próximo à Recepção do PA	Sala da Tomografia com capacidade de atendimento à pacientes com até 400 kg e diâmetro de 70 cm

Recomendação: considerando que as Enfermarias que contiverem mais de 6 leitos por quarto deverão ser reformadas a fim de garantir a privacidade e a segurança do paciente, ou seja, cada enfermaria deverá ter no máximo 6 leitos por quarto e deverão ser cumpridas as demais disposições contidas na RESOLUÇÃO-RDC 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.

Fonte: Programa de Necessidades de projeção, emitido pela SUPO/SES-MT e atualizado em 30/06/2025.

3.2.3. Serviços de apoio

- 3.2.3.1.** Os serviços de apoio do Hospital Estadual Metropolitano 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. Para suporte aos serviços assistenciais, a Unidade manter seus serviços de apoio como: Farmácia, Lavanderia, Central de Material e Esterilização (CME), Limpeza, Serviço de Nutrição e Dietética (SND), Serviço Social, Serviço de Manutenção e equipamentos, Engenharia Clínica, Necrotério e Serviços de Registro e Prontuário do Paciente.

3.2.4. Serviços especializados

- 3.2.4.1.** Os serviços especializados deverão tornar Hospital Metropolitano 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. A proposta de trabalho deverá apresentar minimamente os seguintes serviços especializados:

3.2.4.2. Assistência Integral

- **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 Estadual Metropolitano

- **Atenção em Neurologia/ Neurocirurgia;**
- **Atenção em Ortopedia;**
- **Atenção Tratamento Cirúrgico da Obesidade Grave;**

- **Atenção em Urologia/ Nefrologia cirúrgica;**
- **Atenção em Cirurgia Vascular.**
- **Atenção em Otorrinolaringologia**
- **Atenção em Unidade de Terapia Intensiva AD**

O PARCEIRO PRIVADO deverá estruturar a implementação do Serviço de Assistência Integral à Saúde, em regime de hospitalização, contemplando:

- A. A disponibilização de leitos hospitalares conforme demanda regulada pelo gestor público;
- B. A realização de exames diagnósticos e terapêuticos necessários à condução do tratamento;
- C. O fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), conforme indicação clínica;
- D. A adoção de protocolos de alta hospitalar segura, com garantia de continuidade do cuidado em rede;
- E. A oferta de atendimento multiprofissional, assegurando suporte integral ao paciente durante todo o período de internação.

O PARCEIRO PRIVADO deverá estabelecer **Metas e Indicadores de Desempenho e Qualidade**, alinhados aos eixos definidos no **Anexo C** do Plano de Trabalho, assegurando o monitoramento contínuo e a melhoria dos processos assistenciais e operacionais. As metas mínimas incluem:

- Garantia de 100% dos atendimentos conforme a disponibilidade de leitos regulados;
- Redução em pelo menos 20% das intercorrências pós-alta, com foco na alta hospitalar segura e continuidade do cuidado;
- Atendimento a 100% das demandas reguladas dentro dos prazos preconizados pelo gestor público.

a) Indicadores mínimos a serem monitorados:

- Taxa de Ocupação Hospitalar (Eficiência Operacional);
- Tempo Médio de Internação por Perfil Clínico (Qualidade Assistencial);
- Percentual de Altas Hospitalares Seguras com Plano de Continuidade Assistencial (Segurança do Paciente / Humanização);

Além dos indicadores específicos, o desempenho e a *performance* deverão ser avaliados nos seguintes eixos estratégicos:

- A. Qualidade da Informação;
- B. Regulação de Acesso;
- C. Humanização e Cuidados Paliativos;
- D. Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- E. Segurança do Paciente;
- F. Qualidade das Atividades Cirúrgicas;
- G. Atenção ao Usuário do SUS;
- H. Eficiência Operacional;
- I. Qualidade Assistencial.

b) Estrutura e Recursos Assistenciais

- Disponibilidade de equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e demais profissionais de saúde, conforme a complexidade e a demanda assistencial;
- Equipamentos, insumos e materiais adequados para garantir a assistência integral, segura e contínua ao paciente;
- Infraestrutura hospitalar dimensionada e organizada de forma compatível com o perfil e o volume da demanda regulada, assegurando condições adequadas de acolhimento, cuidado e segurança.

c) Fluxo Assistencial

- Admissão: O ingresso dos pacientes ocorrerá por meio da Central Estadual de Regulação, respeitando os critérios de prioridade e perfil assistencial da unidade.
- Internação: Atendimento integral conforme complexidade e necessidade clínica apresentada pelo paciente.
- Alta e Continuidade Assistencial: Plano terapêutico de alta estruturado, com orientação e referenciamento para serviços de atenção ambulatorial, reabilitação e ou cuidado domiciliar, assegurando a continuidade da assistência.

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.

3.2.4.3. Serviço de Internação por Complexidade (média e alta complexidade)

• 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/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 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.

O Hospital Estadual Metropolitano contará minimamente com as seguintes 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
 Ortopedia e traumatologia
 Ortopedia de Subespecialidades
 Neurocirurgia
 Cirurgia Geral Adulto
 Cirurgia Torácica
 Cirurgia Vascular
 Cirurgia Bariátrica
 Cirurgia Plástica (reparadora)
 Cirurgia Urológicas
 Neurologia Clínica
 Clínica Médica
 Psiquiatria (suporte internados e egressos)
 Cardiologia (suporte internados)
 Urologia
 Hematologia/Hemoterapia

Gastroenterologia
Endocrinologia
Nefrologia
Cardiologia Risco Cirúrgico
Otorrinolaringologia
Anestesiologia
Radiologia e Imagenologia
Medicina Intensiva - Adulto
Cuidados Paliativos

Especialidades Não Médicas

Enfermagem
Psicologia/ Neuropsicólogo
Nutrição
Assistente Social
Fonoaudiologia
Fisioterapia -Reabilitação
Farmacêutico Hospitalar e Clínico
Bucomaxilo/odontologia

- **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 sessões de 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 hospitalar

3.2.4.4. Serviço de Centro Cirúrgico

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 e grande porte, para atender os procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade. Está prevista a implementação de uma sala híbrida com equipamento de suporte de hemodinâmica para cirurgia vascular e neurocirurgias, otimizando a resolutividade intraoperatória e ampliando a segurança dos pacientes.

Projeta-se a ampliação da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), que passará a contar com 08 (oito) leitos monitorizados, permitindo melhor suporte na fase de recuperação imediata, conforme normas de segurança e capacidade instalada compatível com o aumento da demanda cirúrgica.

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 circulatório
- Cirurgia do aparelho digestivo (cirurgia bariátrica), órgãos anexos e parede abdominal
- Cirurgia do sistema osteomuscular
- Cirurgia Reparadora de Hanseníase
- Cirurgia do aparelho geniturinário
- Cirurgia Torácica
- Cirurgia reparadora Plástica
- Cirurgia de otorrinolaringologia
- Cirurgia Bucomaxilofacial

O Centro Cirúrgico deverá dispor estrutura básica e comuns a todas as salas e para cada Serviço disponibilizado:

Equipamentos Básicos e Comuns a Todas as Salas Cirúrgicas:

- Mesa cirúrgica elétrica (regulável em altura e posição)
- Foco cirúrgico de teto (com iluminação fria e sem sombras)
- Carro de anestesia (com ventilador, vaporizadores, monitores)
- Monitor multiparamétrico (ECG, oximetria, pressão arterial, capnografia)
- Bisturi elétrico
- Aspirador cirúrgico
- Bombas de infusão e seringas
- Mesa auxiliar com rodízios
- Desfibrilador
- Negatoscópio ou estação digital para imagem
- Sistema de comunicação com a central de esterilização ou sala de arsenal de materiais
- Relógio digital de parede com contagem regressiva (time-out)

- sala exclusiva ou destinada por turnos cirúrgicos em caráter exclusivo por escala fixa à Traumatologia e Ortopedia;
- mesa ortopédica articulada apropriada para uso de intensificador de imagens;
- intensificador de imagens;
- material de videoscopia;
- microscópio para procedimentos microcirúrgicos; e
- material de implante para síntese ou próteses de substituição, necessários à realização dos procedimentos de traumatologia e ortopedia.

Neurocirurgia

- mesa cirúrgica articulada, com controle de posições;
- gerador de eletrocautério com funções mono e bipolar;
- microscópio cirúrgico com magnificação ajustável;
- suporte craniano tipo ferradura com três pontos de fixação (pinos) para posicionamento sentado;
- Instrumental neurocirúrgico completo para procedimentos em crânio e coluna vertebral;
- Equipamento de brocagem de alta rotação (DRILL) para neurocirurgia;
- Halo cervical para tração e estabilização da coluna cervical;
- Sistema de radioscopia;
- Monitor de pressão intracraniana (PIC)
- Equipamento de anestesia com monitor multiparamétrico, capnógrafo e 01 aspirador elétrico a vácuo portátil;
- Intensificador de imagem (arco em C);
- Instrumental para microcirurgia neurocirúrgica, incluindo:
 - Brocas automáticas;
 - Saca-bocados retos e curvos (tipo Kerrison);
 - Pinças para disco intervertebral (retas e curvas);
 - Afastadores e distratores cervicais (tipo Caspar) e lombares (tipo Taylor);
 - Espéculos nasais e curetas para cirurgia transesfenoidal de hipófise;
 - *Microdissectors* e microtesouras;
 - Afastadores autoestáticos (tipos Leyla, Cushing, entre outros);
- Equipamento de estereotaxia para procedimentos funcionais e oncológicos do sistema nervoso;
- Dispositivos de radiofrequência e/ou criocoagulação para neurocirurgia funcional e tratamento da dor;
- Equipamento para estimulação elétrica intraoperatória em neurocirurgia funcional;
- Aspirador ultrassônico para ressecção tumoral em neurocirurgia de alta complexidade;
- Equipamento endoscópico com torre de videocirurgia para neurocirurgias endonasais e ventriculares.

Obesidade Grave

- Mesa cirúrgica bariátrica (suporte $\geq 250\text{--}300$ kg, largura ampliada)
- Maca de transporte reforçada
- Foco cirúrgico ajustável de alto rendimento
- Grampeadores cirúrgicos automáticos e descartáveis (cirurgia laparoscópica)
- Equipamentos de laparoscopia com pinças/trocarter longos
- Sistema de vídeo HD ou Full HD com monitor $\geq 32''$
- Insuflador de CO₂ com aquecimento e umidificação
- Aspirador cirúrgico de alta potência
- Bisturi elétrico e bisturi harmônico (ou similar)
- Sistema de anestesia com monitor multiparamétrico completo
- Monitor com capnografia e oxímetro de pulso adaptado
- Equipamento de via aérea difícil (videolaringoscópio)

Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)

- Leitos com grades e ajuste mecânico ou elétrico
- Monitores multiparamétricos em cada leito
- Oxímetros de pulso portáteis

- Fontes de oxigênio e ar comprimido canalizadas
- Aspiração de secreções
- Bomba de infusão
- Carro de emergência com desfibrilador
- Aquecedor de fluídos e cobertores térmicos
- Sistema de vigilância contínua de sinais vitais (central de monitoramento, se aplicável)

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

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

3.2.4.5. Serviço de Hospital Dia e Cirurgia Ambulatorial (CMA/ cma)

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;

3.2.4.6. Serviço de Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas, Multiprofissionais na Atenção Especializada

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 para risco cirúrgico;
- anestesiologia;
- cirurgia vascular;
- endocrinologia;
- pneumologista;
- psiquiatria (suporte)
- hemodinamicista (suporte p/ cirurgia vascular e neurocirurgia);
- cirúrgicos bucomaxilofacial;
- cirurgia geral;
- urologia clínica e cirúrgica;
- nefrologia;
- traumatologia/ ortopedia;
- ortopedia subespecialidades;
- cirurgia torácica;
- neurologia clínica,
- neurocirúrgica adulto (neuro-endovascular);
- cirurgia reparadora plastica;
- serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT);
- serviço de Centro de Reabilitação CERII: Físico e Intelectual, com apoio de próteses e oficina ortopédica;
- 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 hospitalar. 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 do âmbito Estadual. 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;
- g) Serão considerados como cirurgia ambulatorial de menor complexidade (cma) 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) (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.

3.2.4.7. Serviço de Saúde Digital

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 estruturar 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.

3.2.4.8. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) EXTERNO

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 ambulatorio, urgência/emergência, internação e hospital-dia conforme a necessidade dos usuários do SUS.

O SADT no **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva** 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) / 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)
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

3.2.4.9. Serviço de Urgência/Emergência

A Unidade hospitalar deverá dispor de atendimento às urgências e emergências reguladas e 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 8 leitos;

O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir a atuação do Serviço de Urgência e Emergência atendendo aos seguintes aspectos:

a) **Atendimentos Realizados:**

- **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.

3.2.4.10. Serviço de Assistência em Atenção Médico Domiciliar e cuidados paliativos

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 Metropolitana Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva, 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.

3.2.4.11. Time de Desospitalização

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 Intersetorial:** 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.

3.2.4.12. Qualificação de atestados de óbitos por motivos causa mal definidas

O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de suporte qualificação de atestados de óbitos por motivos causa mal definidas por meio de procedimento não invasivo e/ou minimamente invasivo por coleta de material com incorporação tecnologias de diagnóstico por imagem, que representa uma revolução na forma como realizamos a investigação de óbitos, considerando que:

- a) a coleta de material guiada por ultrassom, combinada com uma investigação minuciosa da declaração de óbito, é uma ferramenta valiosa para qualificar as causas de óbitos com declarações de óbito de causa mal definida, fornecendo informações cruciais para a saúde pública, a investigação de óbitos suspeitos e a prevenção de óbitos futuros;
- b) o procedimento não invasivo e/ou minimamente invasivo visa modernizar a qualificação de atestados de óbitos por motivos de causa mal definidas, utilizando tecnologias de diagnóstico que substituem a necessidade de autópsias convencionais. O suporte 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;
- c) 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>;

- d) De 2020 a 2024, o município de Várzea Grande registrou 98 óbitos com causas mal definidas, representando uma média de 2 a 3 óbitos mensais, conforme dados extraídos do SIM e do SIH disponíveis nos portais governamentais, dados extraídos disponíveis: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;
- e) Importância da qualificação do atestado de óbito, a identificação precisa da causa da morte, é crucial para contribuir com as Estatísticas de saúde, permitindo o acompanhamento preciso das causas de morte em uma população, auxiliando na definição de políticas públicas de saúde. Com a redução das causas de morte mal definidas e o aprimoramento da precisão nos dados de mortalidade, contribuindo significativamente para a melhoria das políticas de saúde pública no estado.

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.

O procedimento não invasivo e/ou minimamente invasivo se baseia em técnicas de imagem, 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)	3	36
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) (técnico em radiologia, técnico ou auxiliar em necropsia)	3	36
BIOPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAIO X	3	36
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	3	36
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	3	36
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	3	36
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	3	36
Total	21	252

3.2.4.13. Serviço de Captação de Órgãos

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:

- a) **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.
- b) **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.
- c) **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.

- d) **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

3.2.4.14. Serviço de Hemoterapia

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 do Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva, 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.
- 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.
- g) 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 do Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva

3.2.4.15. Serviço de suporte de Hemodinâmica

O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor de Serviço de Hemodinâmica no hospital para suporte a cirurgia vascular e neurocirurgias (endovasculares), conforme Portaria SAS/MS nº 210 de 15 de junho de 2004, e atuando como segue:

- a) **Equipe Multidisciplinar:** Constituirá uma equipe composta por especialistas intervencionistas, enfermeiros especializados, técnicos em hemodinâmica e outros profissionais capacitados para realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos de alta complexidade de cirurgias vascular e neurocirurgias (endovasculares).
- b) **Infraestrutura Adequada:** Dispor de instalações e equipamentos modernos e em conformidade com as especificações técnicas exigidas para a realização de procedimentos de hemodinâmica.
- c) **Protocolos e Diretrizes:** Implementar protocolos clínicos baseados em evidências e seguir as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para garantir a qualidade e a segurança dos procedimentos realizados.
- d) **Monitoramento e Avaliação:** Estabelecerá mecanismos de monitoramento contínuo dos resultados clínicos e operacionais, visando à melhoria contínua da qualidade do serviço prestado.
- e) **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.
- f) **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.

3.2.4.16. Centro de Reabilitação CER II: Físico e Intelectual, incluindo apoio de próteses e oficina ortopédica.

O PARCEIRO PRIVADO deverá estruturar e implementar o **Centro Especializado em Reabilitação (CER II) – Físico e Intelectual**, com oficina ortopédica e apoio à prótese, na Unidade hospitalar, com atuação nos seguintes aspectos:

- a) **Base legal e estrutura do CER II:**
 - 1) CER II deve contemplar duas modalidades de reabilitação: física e intelectual;
 - 2) Ponto de atenção ambulatorial com atividades de diagnóstico, avaliação, habilitação/estimulação precoce, reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva;
 - 3) Atendimento deve seguir o Projeto Terapêutico Singular, envolvendo equipe, usuário e família
 - 4) Ampliação do escopo clínico:
 - (a) Além das modalidades existentes (reabilitação física e intelectual), o CER II deve **oferecer serviço estruturado de reabilitação pós-operatória hospitalar** para:
 - Cirurgias trauma-ortopédicas (fraturas, artroplastias, cirurgias da coluna dentre outros);
 - Neurocirurgias (tumores, traumatismos cranianos, lesões neurológicas, dentre outros);
 - Cirurgias bariátricas, com reabilitação motor-funcional e preparo nutricional e físico para alta segura e responsável.

- (b) Procedimentos clínico-*ambulatory*/hospitalar já contemplam códigos de fisioterapia nos pré/pós-operatórios de cirurgias músculo-esqueléticas e neurocirúrgicas conforme portaria do Ministério da Saúde
- (c) Para cirurgias bariátricas, deve haver acompanhamento multidisciplinar (nutrição, psicologia, educação física), reeducação alimentar e atividade física gradativa a partir de bordo clínico pré-operatório até retorno motor-pessoal, integrado com o serviço de atenção ambulatorial especializado em tratamento de alta complexidade de sobrepeso e obesidade.

b) Ambiente, equipamentos e acessibilidade:

- 1) Estrutura deve estar em conformidade com as normas da ABNT para Acessibilidade a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos ABNT NBR-9050, de 31 de maio de 2014; da Resolução – RDC Nº 50 ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002; da Resolução - RDC Nº 192 ANVISA, de 28 de junho de 2002; Portaria nº 2.728, de 13 de novembro de 2013 sobre o Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas e o Manual de Identidade Visual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- 2) Deverão existir áreas modulares para reabilitação **Física** (Tabela 2 do manual do CER) e **Intelectual** (Tabela 3);
- 3) Deve ser previsto espaço adicional reservado no ambulatório do CER para sessões intensivas de fisioterapia pós-cirurgia, com suporte de cinesioterapia, salas de eletroterapia e *boxs* adaptáveis a pacientes internados ou em transição hospitalar.
- 4) Oficina ortopédica permanente: espaços adequados à confecção, manutenção, adaptação e dispensação de OPM;
- 5) Fluir integração com enfermarias do hospital para atendimento intra-hospitalar até alta segura e responsável.

c) Horário de funcionamento e produção:

- 1) Funcionamento mínimo de 8 horas/dia, de segunda a sexta, em regime ambulatorial. Horário estendido conforme demanda;
- 2) Metas de produção: mínimo de **200 atendimentos/mês** para reabilitação física e **200 para reabilitação intelectual**;
- 3) Para oficina ortopédica (componente OPM), produzir pelo menos **390 procedimentos/mês** ou **50 usuários atendidos**;
- 4) Estender metas para:
 - (a) **Reabilitação trauma-ortopédica e neuro**: inclusão de pelo menos **150 atendimentos/mês** nessas categorias, conforme capacidades e demanda hospitalar.
 - (b) **Bariátrica**: sessões de educação física e fisioterapia ambulatorial pós-alta, com acompanhamento nutricional — metas mínimas de atendimentos começando em até 30 dias após cirurgia (percentual c/ relação às saídas/mês)

d) Equipe multiprofissional:

- 1) Possuir um Coordenador técnico de nível superior (40 horas/semana), residindo no município ou região, com responsabilidade exclusiva pelo serviço;
- 2) Além das equipes tradicionais do CER II, deve incorporar profissionais com experiência em:
 - (a) Fisioterapia hospitalar intensiva (trauma e neuro);
 - (b) Educação física para pacientes de obesidade e pós-bariátricos;
 - (c) Nutricionistas especializados em reabilitação metabólica;
 - (d) Psicólogos com atuação em pacientes bariátricos.
- 3) Garantir atendimento em **turnos estendidos** para acomodar pacientes internados com alta próxima.
- 4) Em cada turno (manhã e tarde), atender com equipe mínima para cada modalidade, incluindo:
 - (a) Reabilitação Física: médico especializado, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo e técnicos;

(b) Reabilitação Intelectual: equipe com conhecimento específico conforme diretrizes técnicas;

- 5) Na oficina ortopédica: coordenador da oficina, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional, técnico ortopédico especializado.

e) Fluxo e protocolo de atendimento integrado, atendimento e gestão de OPM:

- 1) Avaliação pluridisciplinar, definição do PTS e, se indicado, prescrição de OPM por médico, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional;
- 2) **Fluxo hospitalar:** equipe hospitalar (médico, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional) ativa a triagem, elaborando PTS voltado à alta segura e responsável;
- 3) **Reabilitação pós-cirúrgica intensiva**, com procedimentos codificados em SIA/SUS, incluindo “Atendimento fisioterapêutico em pré/pós-operatório de neurocirurgia” ou “disfunções músculo-esqueléticas”;
- 4) Para bariátrica, integração com diretrizes ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) e guias nacionais e internacionais para recuperação acelerada e segura;
- 5) Oficina ortopédica realiza confecção, ajustes, manutenção e entrega de OPM, com acompanhamento técnico e comissões de controle adequadas;
- 6) Uso de formulários SIA/SUS (BPA-I) para registro, controle e repasse financeiro.

f) Infraestrutura da oficina ortopédica:

- 1) Ambientes para produção e atendimento ambulatorial integrados ao CER;
- 2) Equipamentos para confeccionar órteses/próteses, estampar, ajustar e armazenar materiais adequadamente.

g) Transporte adaptado e logística:

- 1) Serviço de transporte sanitário adaptado para acesso de pessoas com restrições severas à mobilidade;
- 2) Regulação e agendamento articulados com a rede de atenção (UBS e hospitais de origem);

3.2.4.17. Serviço de Transporte Sanitário

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 para continuidade do tratamento necessário. 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.

3.2.4.18. Qualificação Profissional e Integração Ensino-serviço

- 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.

3.2.4.19. Comissões Clínicas, Comitês e Núcleos Hospitalares

O PARCEIRO PRIVADO deverá dispor e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as Comissões, Comitês e Núcleos detalhados nos **itens 1.2.39 e 1.2.40** deste instrumento.

3.2.5. Credenciamento/Habilitação

- 3.2.5.1. As habilitações de serviços existentes junto ao Ministério da Saúde deverão ser mantidas. Adicionalmente, os serviços que o hospital já presta e que ainda não possuem habilitação, bem como todos os novos serviços a serem implementados, deverão ser devidamente habilitados.

Habilitações ativas junto ao Ministério da Saúde:

Código	Descrição	Origem	Comp. inicial	PT	Data PT	Leitos SUS	Data do Lança/to	Data da Atualização
0904	Cuidados Prolongados - Enfermidades Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	Local	01/2012	Centro Referência Traumatologia Ortopedia	De em e 06/11/2012	-	28/01/2025	03/07/2025
2601	UTI II ADULTO	Nacional	11/2012	4535/GM/MS	21/12/2022	40	23/12/2022	16/11/2012
2501	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia*	Nacional	12/2014	PT SAS 1474	30/12/2014	-	27/02/2015	27/02/2015

Fonte: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/habilitacao/5108406853781>, acessado em 04/07/2025.

- 3.2.5.2. O PARCEIRO PRIVADO deverá buscar a habilitação dos serviços prestados, com o acompanhamento da equipe de monitoramento da SES/MT, 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 Centro de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia COD 2502 - 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) **Implantação de um Centro Especializado de Reabilitação Multiprofissional/ Centro de Reabilitação CER II: Físico e Intelectual, incluindo apoio de próteses e oficina ortopédica:** em conformidade com as normas da ABNT para Acessibilidade a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos ABNT NBR-9050, de 31 de maio de 2014; da Resolução – RDC Nº 50 ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002; da Resolução - RDC Nº 192 ANVISA, de 28 de junho de 2002; Portaria nº 2.728, de 13 de novembro de 2013 sobre o Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas e o Manual de Identidade Visual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, para ofertar atendimento de reabilitação ortopédica para os pacientes egressos presencial

e *online* (este em articulação com a Unidade de Reabilitação Descentralizada aos pacientes que forem acompanhados em âmbito municipal).

c) **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).

d) **Habilitação como Unidade de Alta Complexidade no Tratamento da Obesidade** em conformidade com a Portaria de GM/MS nº 424 e 425 de março de 2013, Portaria GM/MS consolidação nº 03 de 2017- capítulo II art. 27 a 58 e anexos, tornando-se referência estadual para a linha de cuidado da obesidade;

e) **Habilitação em Cirurgia Vascular (cirurgias endovasculares)**, conforme portaria SAS/MS nº 210 de 15 de junho de 2004.

f) **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);

g) **Credenciamento/Habilitação do Serviço/ Classificação 1202** - Procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, em regime de **Hospital Dia**.

METAS DE PRODUÇÃO

3.2.6. REGRA GERAL

Serão apresentados os **indicadores e as metas de produção** para a Unidade Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva, 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 Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva,

Serão consideradas como Metas de Produção determinantes do pagamento da **parte fixa de custeio**, os seguintes critérios:

I. Internações Hospitalares

- a) Saídas de Clínicas/especialidades (traumato, ortopedia, neurologia e neurocirurgia, cirurgia geral, urologia, nefrologia, otorrinolaringologista, Bucomaxilofacial, vascular, gastroenterologista, cardiologia clínica, gastroenterologia, oncologia clínica, endocrinologia, pneumologia);
- b) Saídas Cirúrgicas/especialidades (traumato, ortopedia, neurologia e neurocirurgia (endovasculares), cirurgia geral, urologia, nefrologia, otorrinolaringologista, Bucomaxilofacial, cirurgia vascular, gastroenterologista, Cirurgia do aparelho digestivo (cirurgia bariátrica), órgãos anexos e parede abdominal, cirurgia torácico);
- c) Diárias de Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva e cuidados progressivos (UTI);

O hospital deverá realizar mensalmente **936 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) em torno de 4,6 a 6,5, 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 Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva

Internação (saídas hospitalares)	Meta Mensal	Meta 12 meses
Saídas Clínica Adulto	105	1.260

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

O hospital deverá realizar mensalmente **10.080** 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 3,6 a 4,4, 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 Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva

Internação (saídas hospitalares)	Meta Mensal	Meta 12 meses
Saídas Cirúrgica Adulto	840	10.080
- 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 (cirurgia bariátrica), órgãos anexos e parede abdominal
Cirurgia do sistema osteomuscular
Cirurgia Reparadora de Hanseníase
Cirurgia do aparelho geniturinário
Cirurgia Torácica
Cirurgia reparadora plástica
Cirurgia Bucomaxilofacial
Cirurgia de otorrinolaringologia
Cirurgias - Procedimentos cirúrgicos gerais

Total

5.784

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 (CMA/ cma)

O hospital deverá realizar o quantitativo de **409** 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 Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva.

Hospital-Dia - Cirurgia Ambulatorial	Meta Mensal	Meta 12 meses
Hospital-Dia	410	4.920
Cirurgia Ambulatorial (CMA/cma)		

IV. Atendimento Ambulatorial

• 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, no quantitativo estimado de **65.808**, 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 Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva

Consultas Médicas	Meta Mensal	Meta 12 meses
Consulta de Atenção Especializada de “Primeira Vez”	1.440	17.280
Interconsulta	1.302	15.624
Consulta Subsequente	2.742	32.904
TOTAL	5.484	65.808

Contará minimamente com as seguintes 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	
Infectologia	x
Ortopedia e traumatologia	x
Ortopedia Subespecialidades	x
Neurocirurgia	x
Neurologia	x
Cirurgia Geral	x
Cirurgia Torácica	x
Cirurgia Vascular	x
Cirurgia Urológica	x
Neurologia Clínica	x
Clínica Médica	x
Urologia	x
Hematologia/Hemoterapia	x
Gastroenterologia	x
Cirurgia Plástica	x
Endocrinologia	x
Pneumologia	x

Nefrologia	x
Cardiologia	x
Vascular	x
Otorrinolaringologia	x
Psiquiatria (suporte)	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, no quantitativo estimado de **48.384**, 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 Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva

Consultas Médicas	Meta Mensal	Meta 12 meses
Consulta de Atenção Especializada Não Médicas (Rede)	1.296	15.552
Interconsulta	720	8.640
Consulta Subsequente	2.016	24.192
TOTAL	4.032	48.384

Especialidades Não Médicas

Enfermagem	x
Psicologia/ Neuropsicólogo	x
Nutrição	x
Assistente Social	x
Fonoaudiologia	x
Fisioterapia -Reabilitação	x
Bucomaxilo/odontologia	x

V. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) EXTERNO

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.

Unidade Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva, oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade de **8.516** 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 Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva.

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO / FINALIDADE DIAGNÓSTICA	Meta Física/Mês	Meta Física/ Total ano
DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO (incluindo por teste rápido)	1.666	19.992

DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA / Coleta de Material por meio de PUNÇÃO/BÍÓPSIA	41	492
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)	1.584	19.013
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA / EXAMES RADIOLÓGICOS (Radiografia)	2.640	2.1977
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	9504
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES - Diagnóstico Cardiologia / Urologia/ Neurologia / Pneumologia / Otorrino	367	3.984
TOTAL SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO	8.516	102.192

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 .

O PARCEIRO PRIVADO deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento 24 horas por dia, ininterruptamente, atendendo todos os casos de pacientes egressos, pacientes regulados, referenciados ou encaminhados de forma regulada, advindas da Central de Regulação Estadual /SES-MT.

Quadro 08. Meta Serviço de Atendimento às Urgências - Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva

Urgência/Emergência	Meta Mensal	Meta 12 meses
Atendimento de urgência em atenção especializada	720	8.640
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

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 suporte Intervencionista e Hemodinâmica de alta qualidade visando:

- Diagnóstico e tratamento de doenças vasculares e endovasculares,

- Suporte aos serviços de Cirurgia Vascular (angioplastias intraluminar 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:

- (1) Tomografia computadorizada de diâmetro de 87cm e capacidade de comportar paciente com peso em torno de 350Kg (superobeso)
- (2) Ressonância de campo aberto para comportar pacientes obesidade mórbida (400 a 430kg);

c) Implantação de um Centro Especializado de Reabilitação Multiprofissional/ Centro de Reabilitação CER II: Físico e Intelectual, incluindo apoio de próteses e oficina ortopédica.

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 Unidade Metropolitana Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva
 - a) Internação:
 - Saídas Hospitalares - Clínicas/especialidades;
 - Saídas Hospitalares - Cirúrgicas/especialidades;
 - b) Diárias de Leitos Complementares (UTI);
 - c) Hospital Dia - Cirurgia Ambulatorial (CMA/ cma)
 - d) Atendimento Ambulatorial - Especialidades Médicas,
 - e) Atendimento Ambulatorial - Especialidades Não Médicas;
 - f) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo;
 - g) Serviço de Atendimento de Urgência/Emergência;
 - h) Centro de Reabilitação CERII: Físico e Intelectual, com apoio e próteses e oficina ortopédica;
 - i) Assistência em Atenção Médico Domiciliar e Cuidados Paliativos;
 - j) Demais ações e serviços.
- 1.3.** 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;
- 1.4.** As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários do SUS na unidade hospitalar sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO.
- 1.5.** 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 da Unidade hospitalar. 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 da Unidade hospitalar, o PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar justificativas técnicas, projetos arquitetônicos e complementares (quando aplicável), no mínimo 3 (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 do Hospital Estadual Metropolitano 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 do Hospital Metropolitano é de **R\$ 20.379.772,47 (Vinte milhões trezentos e setenta e nove mil setenta e sete dois reais e quarenta e sete centavos)** incluindo recursos humanos. Desse total, **R\$ 962.219,65** (Novecentos e sessenta e dois mil duzentos e dezenove reais e sessenta e cinco centavos) correspondem às despesas com recursos humanos efetivos do **Hospital Estadual Metropolitano** que serão cedidos ao PARCEIRO PRIVADO e, portanto, não serão considerados no valor mensal estimado (teto) para o custeio das despesas da Unidade.
- 3.2. O **valor mensal estimado (teto) para o custeio das despesas da unidade**, referentes à execução das ações e serviços de saúde e atividades assistenciais, é de **R\$ 19.417.552,82** (Dezenove milhões quatrocentos e dezessete mil quinhentos e cinquenta e dois reais e oitenta e dois 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\$ 17.475.797,54** (Dezessete milhões quatrocentos e setenta e cinco mil setecentos e noventa e sete reais e cinquenta e quatro centavos) a ser pago mensalmente para fins de custeio dos serviços da Unidade hospitalar;
- 3.4. Do **valor mensal estimado (teto)**, **10% (dez por cento)** corresponde ao **CUSTEIO VARIÁVEL** no valor de **R\$ 1.941.755,28** (Um milhão novecentos e quarenta e um mil setecentos e cinquenta e cinco reais e vinte e oito centavos). Sobre este valor será procedida **trimestralmente** a avaliação dos Indicadores de Desempenho, *Performance* e Qualidade contratados dos 3 (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\$ 524.273,93** (Quinhentos e vinte quatro mil duzentos e setenta e três reais e noventa e três 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, *performance* e qualidade.
- 4.3. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelo pagamento dos serviços de água, energia elétrica e telefonia da Unidade hospitalar sob sua gestão, custos que já estão contemplados no valor de custeio dessa unidade.
- 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, PERFORMANCE 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:

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

Onde:

P_{CM} = Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A = Valor Atingido;

V_M = Valor da Meta.

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

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

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.

Σ (Nota de desempenho de cada indicador)
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, 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 pela unidade hospitalar, 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 estabelecidos por ela. 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 da unidade, 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 Hospital Dia e Cirurgia Ambulatorial Serviço de Atenção às Urgências Ambulatório de especialidades médicas Ambulatório de especialidades não Médicas SADT Externo	1) Acima de 80% do volume contratado até o limite de 110% 2) Percentual de distribuição por tipo de Atividade (Tabela I), com variação máxima de até 10% do percentual estabelecido para baixo ou para cima	1) Produção Executada (Produção realizada no mês - quantidade) ÷ Produção contratada (Meta estabelecida - quantidade) X 100 = % de Produção	2) % de Produção X % de Distribuição Tipo de Atividade (Tabela I) = % de Produção proporcional por tipo Atividade

- 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 na unidade hospitalar e a qualidade dos serviços, poderão ser aplicadas sanções administrativas, incluindo a rescisão contratual.

ANEXO C DO PLANO DE TRABALHO - INDICADORES DE DESEMPENHO, PERFORMANCE 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 da Unidade Metropolitana Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva, 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 da unidade hospitalar. Tais indicadores têm caráter apenas referencial para a proposta. **Os indicadores e metas sugeridos pelo parceiro privado e aprovados pela SES/MT serão incorporados na proposta final e ao Contrato de Gestão**, servindo como base para a apuração e avaliação dos indicadores de desempenho e qualidade da unidade 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;

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 sepSES clínicas;

E. DESEMPENHO NA QUALIDADE DAS ATIVIDADES CIRÚRGICAS

O desempenho na qualidade das atividades cirúrgicas poderá ser avaliado por meio dos seguintes indicadores:

I. Reintervenções 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: n° medicamentos prescritos com erro / n° total de medicamentos prescritos x 100.

b) Taxa de Erros na Dispensação de Medicamentos

Conceituação / Cálculo: n° medicamentos dispensados com erro / n° total de medicamentos dispensados x 100.

c) Taxa de Erros na Administração de Medicamentos

Conceituação / Cálculo: n° medicamentos administrados com erro / n° 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: $[\text{Número de pacientes readmitidos entre 0 a 29 dias da última alta hospitalar} / \text{Número total de internações hospitalares}] \times 100$

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

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. Identificação clara dos ambientes ou sistemas de onde os dados são coletados. Ex. Sistema X (API), Banco de Dados Y (SQL), Planilha Z (Manual). Priorizar fontes automatizadas.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.
Status da Automação / Ferramentas de Automação / Visualização	Descrição: Nível de automação do processo de coleta e cálculo do indicador. Exemplos: Totalmente Automatizado, Parcialmente Automatizado (requer intervenção manual), Manual. Descrição: Ferramentas utilizadas para a coleta, processamento, visualização e disseminação do indicador. Exemplos: Power BI, Tableau, Python Script, SQL Server Integration Services (SSIS).
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. Nível de desagregação mais detalhado em que o indicador pode ser apresentado. Essencial para automação de agregações. Exemplos: CPF, ID_Transacao, Município, Unidade_Organizacional.
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)

4. FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES DESEMPENHO, PERFORMANCE E QUALIDADE

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Qualidade da Informação: Percentual de AIH em saídas hospitalares (AIH/Saídas)	
1. Objetivo	Avaliar a proporção de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em relação ao total de saídas hospitalares em cada mês de competência, visando monitorar a adequação e completude das autorizações registradas frente à atividade hospitalar efetivamente concluída.
2. Denominação do Indicador	Percentual de AIH em Relação às Saídas Hospitalares
3. Interpretação	Esse indicador revela o grau de cobertura e completude das AIH em relação às saídas realizadas. Um valor próximo de 100% sugere alta aderência e completude na emissão de AIH, enquanto percentuais significativamente menores podem indicar sub registro, falhas de registro ou inconsistências nos dados.
4. Conceituação / Cálculo	Apresentação da totalidade (100%) das AIH referentes às saídas em cada mês de competência. • Cálculo: $\text{Percentual de AIH nas Saídas} = \frac{\text{Total de AIH emitidas referentes às saídas}}{\text{Total de saídas hospitalares no mês}} \times 100\%$ • Formato de Apresentação: Apresentação mensal da totalidade (100%) das AIH referentes às saídas, conforme modelo de FQI da RIPS
5. Usos	• Monitoramento regular da qualidade da informação nos sistemas hospitalares. • Identificação de possíveis falhas operacionais ou problemas no fluxo de registro de AIH. • Subsídio para ações de melhoria, auditoria e capacitação em unidades hospitalares. • Apoio à gestão na garantia da integridade e completude dos dados para fins financeiros e estatísticos.
6. Limitações	Se as saídas hospitalares não forem corretamente registradas (total ou parcialmente), o indicador pode apresentar distorções. Sistemas de informação com falhas técnicas ou procedimentos de registro inadequados podem comprometer a confiabilidade dos dados. A ausência, atraso ou erro na emissão da AIH afeta diretamente o valor calculado, comprometendo sua representatividade.
7. Unidade de Medida	Percentual (%) por mês.
8. Tipo de Relação com as Variáveis	Indicador de proporção — mede a relação entre dois eventos relacionados (AIH emitidas sobre saídas hospitalares).
9. Periodicidade / Temporalidade	Mensal — cada mês de competência apresenta um valor do indicador.
10. Parâmetros (padrão)	≥ 60 %; ideal ≥ 80 %
11. Abrangência	Aplica-se à unidade hospitalar.
12. Fonte de Dados	Totais de AIH emitidas (órgão responsável pelos dados de internação). Total de saídas hospitalares (sistema de gestão hospitalar ou administrativo).

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Qualidade da Informação: Percentual de registros de CEP correspondentes ao endereço	
1. Objetivo	Avaliar a proporção de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em relação ao total de saídas hospitalares em cada mês de competência, visando monitorar a adequação e completude das autorizações registradas frente à atividade hospitalar efetivamente concluída.
2. Denominação do Indicador	Percentual de registros de CEP correspondentes ao endereço de residência do usuário do SUS, por localidade
3. Interpretação	Esse indicador reflete a confiabilidade dos registros de CEP como identificador da localidade de residência do usuário do SUS. Percentuais elevados (próximos a 100%) indicam alta consistência e completude dos dados geográficos. Valores baixos sugerem falhas no preenchimento, inconsistências nos sistemas ou ausência de validação, impactando negativamente a análise do perfil da demanda regional.
4. Conceituação / Cálculo	Esse indicador mensura a proporção de registros de CEPs que correspondem efetivamente ao endereço de residência do usuário do SUS, evidenciando a qualidade da informação sobre localidade de origem da demanda. Esse parâmetro permite avaliar o grau de consistência e completude do dado de CEP como identificador da área de residência do usuário, essencial para mapear a adequada inserção regional do hospital. O indicador deve considerar, para cada período de competência, a totalidade de registros de CEP válidos. ● Fórmula de Cálculo: $\text{Percentual de CEP correspondente} = \left(\frac{\text{Número de registros de CEP correspondentes ao endereço}}{\text{Total de registros de CEP}} \right) \times 100\%$ ❖ Numerador: total de registros de CEP que correspondem corretamente ao endereço informado. ❖ Denominador: total de registros de CEP preenchidos no período analisado. ❖ Multiplicador: 100. ● Método de cálculo: 1. Extrair a base de registros contendo campo de CEP e endereço. 2. Validar cada CEP: verificar se ele é válido e se corresponde ao endereço informado (municipalidade, bairro, logradouro). 3. Contabilizar quantos estão consistentes (numerador) e o total de registros com CEP preenchido (denominador). 4. Aplicar a fórmula acima para obter o percentual. Caso o acesso à base de dados seja restrito, esse processo deve ser executado por equipe técnica especializada (TI autorizada), como prevê o modelo FQI.
5. Usos	● Monitorar a cobertura e completude dos dados de localização dos usuários no sistema de informação hospitalar. ● Ajudar a garantir que o hospital esteja sendo acessado por sua população de referência. ● Subsidiar ações de melhoria na qualidade dos registros, capacitação da equipe de admissão e auditorias dos sistemas. ● Contribuir para o planejamento regional da saúde, avaliação de acessibilidade e deslocamento de pacientes.
6. Limitações	- Registros com CEP inválido ou ausente comprometem o cálculo. - Endereço desatualizado ou inconsistência entre CEP e logradouro dificultam a validação automática. - Dependência de bases de referência externas (como cadastros municipais ou nacionais de CEP) – sua desatualização afeta a precisão do indicador.

	- Sistemas com arquitetura limitada ou sem campos obrigatórios para CEP podem gerar subregistro.
7. Unidade de Medida	Percentual (%) por mês.
8. Tipo de Relação com as Variáveis	Indicador de proporção — mede a relação entre dois eventos relacionados (AIH emitidas sobre saídas hospitalares).
9. Periodicidade / Temporalidade	Mensal/ trimestral — cada competência apresenta um valor do indicador.
10. Parâmetros (padrão)	≥ 95 %
11. Abrangência	Aplica-se à unidade hospitalar regional, caso seja consolidado em níveis de rede ou estado.
12. Fonte de Dados	Base de registros hospitalares com CEP e endereço (sistema de gestão hospitalar ou prontuário eletrônico). Base de validação de CEP (por exemplo, dos Correios ou base municipal).

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Regulação de Acesso: Tempo de resposta do NIR às solicitações de vagas	
1. Objetivo	QUALIDADE DA GESTÃO
2. Denominação do Indicador	Tempo de resposta do NIR às solicitações de vagas
3. Interpretação	Altos valores (próximos a 100 %) indicam eficácia e agilidade na regulação de acesso, redução de risco clínico e melhor gestão dos fluxos. Baixos valores apontam necessidade de correção de processos, ampliação de equipe ou aprimoramento das tecnologias de informação para evitar atrasos que possam levar ao agravamento do paciente ou ao uso inadequado de recursos.
4. Conceituação / Cálculo	Este indicador mede a capacidade da unidade de Regulação de Internação (NIR) em responder às solicitações de vagas (seja com aceite ou recusa) no prazo de até 60 minutos após o acionamento pela central de regulação. Serve como parâmetro para avaliar eficiência operacional, uso racional dos recursos e prevenção de agravamentos clínicos decorrentes de atrasos na resposta. Deve ser coerente com fórmulas, unidade de medida, periodicidade e abrangência geográfica modelo FQI Fórmula de Cálculo: $\frac{\text{Nº de solicitações de vaga de UTI respondidas (com aceite ou recusa) dentro do prazo estabelecido no período}}{\text{Total de solicitações no mesmo período}} \times 100$ Numerador: número de solicitações de vaga de UTI com resposta (aceite ou recusa) prestada pela NIR em até 60 minutos após solicitação da central. Denominador: total de solicitações de vagas recebidas no período considerado. Multiplicador: × 100, para resultar em percentual. 1. Método de cálculo - Registrar, em sistema ou planilha, cada solicitação de vaga de UTI, incluindo <i>timestamps</i> de solicitação de vaga de UTI e de resposta (aceite ou recusa)/ reserva UTI. - Calcular o tempo (tempo médio (h)) de resposta (diferença entre tempo de solicitação de vaga de UTI e resposta/ reserva UTI). - Contar quantas respostas (aceite ou recusa)/ reserva UTI ocorreram em até 60 minutos (numerador) e total de solicitações de vaga de UTI (denominador).

	4. Aplicar a fórmula acima para obter o percentual. Pode exigir automação via sistema de regulação ou equipe de apoio técnico, conforme prevê o modelo FQI
5. Referência de Meta	Mínimo de 85% de respostas às solicitações em até 60 minutos.
6. Usos	• Monitoramento da eficiência da NIR no tempo de resposta. • Identificação de gargalos operacionais ou sistêmicos. • Suporte para ajustes de protocolização, escalas de plantão, fluxos e infraestrutura. • Instrumento de avaliação em contratos com a OSS e para auditoria interna. • Subsídio a ações de melhoria contínua e capacitação da equipe de regulação.
7. Limitações	• Necessita registro preciso de timestamps; eventuais falhas no registro comprometem o indicador. • Respostas informais (por telefone, sem registro eletrônico) podem não ser contabilizadas. • Casos de urgência extrema podem distorcer o indicador se não forem devidamente categorizados. • Diferenças de horário (se a unidade e central usam sistemas distintos) podem interferir no cálculo. • Pode não refletir qualidade da resposta (apenas tempo), o que exige acompanhamento qualitativo complementar.
8. Fonte de Dados	Sistema de informação da central de regulação ou plataforma de NIR (com registro de solicitações e respostas, incluindo <i>timestamps</i>). Alternativamente, relatórios ou <i>logs</i> de controle operacional.
9. Unidade de Medida	Percentual (%)
10. Parâmetro (padrão)	≤ 1 h
11. Periodicidade/Temporalidade	Mensal — calculado para cada mês de competência.
12. Abrangência	Aplica-se ao nível da unidade hospitalar, ao conjunto de unidades de regulação ou em escala regional, conforme escopo contratual da OSS.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Regulação de Acesso: Comparativo contratado x ofertado	
1. Objetivo	Avaliar o desempenho operacional na oferta de serviços do SUS em relação ao volume contratado, permitindo verificar se a quantidade de vagas disponibilizadas está em conformidade com o previsto contratualmente, em especial para consultas médicas especializadas, exames e procedimentos, contribuindo para a eficiência da programação e a satisfação da demanda.
2. Denominação do Indicador	Comparativo entre Vagas Contratadas e Vagas Ofertadas para Usuários do SUS (por tipo de serviço) / % Vagas Ofertadas vs Contratadas
3. Interpretação	• Valores próximos a 100% indicam adequação da oferta ao contratado. • Percentuais abaixo de 100% podem sinalizar defasagem de oferta, subutilização de capacidade ou falta de recursos; percentuais acima de 100%, embora raros e potencialmente errôneos, podem indicar sobreoferta ou inconsistências nos registros, ambos requerendo verificação.

4. Conceituação / Cálculo	Esse indicador expressa a proporção entre o volume de vagas ofertadas e o volume de vagas contratadas, separadamente para cada categoria de serviço (consultas médicas especializadas, exames e procedimentos). A análise permite identificar possíveis desvios na execução contratual, seja por subutilização ou sobrecarga. Deve adotar uma base de cálculo coerente com os conceitos, fórmula, unidade de medida, periodicidade e abrangência geográfica conforme modelo FQI ● Fórmula de Cálculo: Para cada tipo de serviço (consultas especializadas / exames / procedimentos): $\text{Percentual} = \frac{\text{Volume de vagas ofertado}}{\text{Volume de vagas contratado}} \times 100\%$ ❖ Numerador: total de vagas efetivamente ofertadas no período para determinado tipo de serviço. ❖ Denominador: total de vagas contratadas no mesmo período e tipo de serviço. ❖ Multiplicador: 100 — para conversão em percentual. ● Método de cálculo: 1. Obter os dados mensais de volume contratado e volume ofertado, discriminados por tipo de serviço (consultas, exames, procedimentos). 2. Aplicar a fórmula acima para cada categoria. 3. Preferencialmente, realizar os cálculos via sistema de gestão que permita automação e confiabilidade nos dados. 4. Garantir que as bases de dados estejam atualizadas e acessíveis à equipe técnica ou TI autorizada. A Central Estadual de Regulação deverá estratificar a oferta de procedimentos por: a) Consultas médicas especializadas x 0,25 = % b) Métodos de diagnóstico por especialidades x 0,25 = % c) Procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade x 0,25 = % d) Procedimentos cirúrgicos eletivos de alta complexidade x 0,25 = % Após o cálculo de cada item, soma-se os quatro resultados para obter o percentual final e enquadramento conforme a oferta de procedimentos.
Referência de Meta	100% para consultas médicas especializadas, métodos de diagnóstico por especialidades e procedimentos cirúrgicos eletivos O Percentual final (a+b+c+d) será enquadrado em: Oferta Excelente ● Percentual de 100%. ● Interpretação: Indica que a oferta atende o volume contratualizado e a demanda da regulação. Oferta Satisfatória ● Percentual entre 85% e 99,99%. ● Interpretação: Indica que a oferta está dentro contratualizado, mas há possibilidade de melhoria quanto a oferta de procedimentos.

	Oferta Insatisfatória • Percentual entre 75% e 84,99%. • Interpretação: Indica que a oferta está abaixo do contratualizado, não atendendo a demanda da fila de regulação, necessitando de intervenções. Oferta Muito Insatisfatória • Percentual abaixo 75%. • Interpretação: Indica que a oferta está abaixo do contratualizado, não atendendo a demanda da fila de regulação, necessitando de intervenções imediatas.
Definição de Termos	Volume de procedimentos ofertados: Número total de procedimentos para consultas médicas especializadas, métodos de diagnóstico por especialidades e procedimentos cirúrgicos eletivos efetivamente disponibilizados no período. Volume de procedimentos contratado: Número total de procedimentos estimados no contrato para consultas médicas especializadas, métodos de diagnóstico por especialidades e procedimentos cirúrgicos eletivos Fila de espera: a fila de espera ocorre sempre que a procura por determinado serviço é maior que a capacidade do sistema de prover os serviços. A gestão da fila de espera é uma estratégia que visa disponibilizar o recurso assistencial adequado a cada usuário. A Central Estadual de Regulação deverá gerenciar a fila de espera com vista a aumentar a capacidade de atendimento da unidade contratada em consonância com os procedimentos contratualizados, reduzindo o tempo de espera para o acesso do paciente.
6. Usos	• Monitoramento da conformidade entre o planejamento contratual e a oferta realizada. • Suporte à gestão operacional e à OSS para ajustes em tempo real ou em planejamentos subsequentes. • Instrumento de avaliação de desempenho e cumprimento de metas no contrato de gestão. • Auxílio na alocação de recursos e identificação de gargalos ou excessos em todas as modalidades de serviço.
7. Limitações	• Dependência da precisão dos registros de vagas contratadas/ofertadas. • Potenciais inconsistências entre os bancos de dados Fonte (contrato) e Sistema de Gestão. • Diferenças temporais: se o contratual e a oferta não estiverem no mesmo período de competência, o indicador pode ficar distorcido. • Variedades de interpretação (ex.: ofertas canceladas ou redirecionadas) devem ser padronizadas no sistema.
8. Fonte de Dados	Registros contratuais (volume de vagas contratadas por tipo). Sistemas de gestão operacional (volume efetivamente ofertado por tipo). Planilhas de controle ou relatórios eletrônicos, validados pela equipe técnica ou TI.
9. Unidade de Medida	Percentual (%)
11. Periodicidade/Temporalidade	Mensal — indicador gerado por mês de competência.
12. Abrangência	Aplicável à unidade hospitalar, grupo de atenção (consulta/exame/procedimento), ou rede sob gestão da OSS, conforme o escopo do monitoramento.
Referências	Organização Mundial da Saúde. <i>"Hospital Management Guidelines for Efficient Resource Allocation"</i> . WHO, 2018. Ministério da Saúde. <i>"Manual de Regulação de Acesso e Serviços de Saúde"</i> . Brasil, 2017. Artigo Científico: <i>"Efficiency in Hospital Bed Management: Response Times and Outcomes"</i> , <i>Journal of Healthcare Management</i> , 2021.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho - Humanização e Cuidados Paliativos	
1. Objetivo	Humanização e Cuidados Paliativos.
2. Denominação do Indicador	Desempenho da Comissão de Humanização e Cuidados Paliativos: Formação, Plano Institucional e Equipe Multiprofissional / % Humanização e CP: Comissão Ativa
3. Interpretação	Valores elevados indicam maturidade institucional na promoção de práticas humanizadas e cuidados paliativos, com esse trabalho legitimado e integrado à gestão e aos processos assistenciais. Valores baixos podem sinalizar fragilidades na estruturação das comissões, ausência de planejamento institucional e lacunas na capacitação da equipe.
4. Conceituação	Este indicador avalia a atuação e consolidação das estruturas de humanização e cuidados paliativos na instituição de saúde, considerando três componentes essenciais: Formação e continuidade de grupos de humanização: capacidade dos grupos em promover diálogos, propostas de melhoria nos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde, com legitimidade entre gestores e trabalhadores. Formulação e acompanhamento do Plano Institucional de Humanização (PIH): existência, implementação e monitoramento efetivo do plano. Formação e continuidade de equipe multiprofissional especializada em Cuidados Paliativos: estruturação e manutenção de equipe com formação específica e atuação contínua. • Fórmula de cálculo Se cada um dos três componentes (formação de grupos, PIH, equipe CP) for avaliado como “implantado e em andamento”, atribui-se valor 1; caso contrário, 0. O indicador pode ser calculado como média percentual: $\text{Indicador (\%)} = \left(\frac{\text{Componentes implantados}}{3} \right) \times 100$ • Método de cálculo 1. Verificar os três componentes: existência de grupos ativos de humanização, presença de PIH formulado e acompanhado, equipe formada e contínua em cuidados paliativos. 2. Atribuir 1 a cada componente satisfatório. 3. Somar os pontos (0–3). 4. Aplicar a fórmula acima para obter o percentual relativo à performance da comissão.
5. Usos	• Monitorar e qualificar iniciativas de humanização e cuidados paliativos. • Subsidiar estratégias, capacitações e planos de ação para aprimorar práticas institucionais. • Avaliar o cumprimento de cláusulas contratuais e pactuações da OSS. • Facilitar o diálogo entre equipe, gestão e controle social, respaldando justificativas para investimentos em formação e estruturação das comissões.
6. Limitações	• Alto grau de subjetividade na avaliação da legitimidade dos grupos e efetividade do PIH. • Dependência de dados qualitativos e relatos que exigem validação documental. • Instabilidade se grupos ou comissões forem transitórios ou não formalizados. • Diferenças no nível de maturidade entre setores impactam na comparabilidade.

7. Categorias de análise	Acompanhamento desagregado por: • Unidade hospitalar / setor assistencial • Tipo de serviço (humanização vs. cuidados paliativos) • Regional ou rede de atenção, se aplicável.
8. Granularidade	Disponível por estabelecimento de saúde ou rede, e, se desejado, por setor ou serviço específico.
9. Periodicidade de atualização	Trimestral ou semestral — dado o caráter processual das ações de humanização e cuidados paliativos, sua evolução tende a ser mais lenta e qualitativa.
10. Responsabilidade gerencial	Comissão institucional de Humanização e Cuidados Paliativos, com apoio da área de Qualidade ou Educação Institucional da OSS.
11. Notas	• Pode-se enriquecer o indicador com relatórios descritivos: número de reuniões, temas abordados, adesão das equipes. • Recomenda-se associar o percentual a indicadores complementares de percepção dos usuários e trabalhadores, para uma avaliação mais completa.
12. Análise descritiva do indicador	Ideal apresentar em relatório visual com gráfico de evolução, destacando componentes por cor (por exemplo, verde para implantado, amarelo para parcial, vermelho para ausente). Complementar com narrativa sobre o impacto observado na cultura organizacional, registros de iniciativas concretas e feedback de trabalhadores.
13. Fonte de Dados	Documentos oficiais (ata de reuniões, registros de capacitação, versões do PIH). Relatórios de atuação das comissões e equipes de cuidados paliativos. Sistemas ou planilhas da instituição que registrem formações e estruturação das equipes.
14. Unidade de Medida	Percentual (%)
15. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal — indicador gerado por mês de competência.
16. Abrangência	Aplicável à unidade hospitalar, grupo de atenção (consulta/exame/procedimento), ou rede sob gestão da OSS, conforme o escopo do monitoramento.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH: Taxa de Infecção Hospitalar (TIH)	
1. Objetivo	Acompanhar de forma sistemática a frequência de infecções hospitalares em pacientes do SUS, servindo como medida da qualidade da assistência e do desempenho da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).
2. Denominação do Indicador	Taxa de Infecção Hospitalar (TIH) – Indicador de desempenho em controle de infecção (CCIH)
3. Nome Resumido	TIH (% sobre saídas hospitalares)
3. Interpretação	Valores menores de TIH indicam melhor qualidade assistencial e maior eficácia das práticas de controle de infecção. Já valores mais altos apontam fragilidades no controle de infecção e potencial aumento de morbidade, mortalidade e custos hospitalares.

4. Conceituação / Cálculo	A Taxa de Infecção Hospitalar (TIH) é o percentual resultante da relação entre o número de episódios de infecção adquirida durante a internação (após as primeiras 72 horas da admissão) e o total de saídas hospitalares no mesmo período. Um paciente pode apresentar um ou mais episódios. Esse indicador permite monitorar a qualidade da assistência por meio da vigilância dos eventos infecciosos relacionados ao ambiente hospitalar. • Fórmula de cálculo $TIH (\%) = \left(\frac{\text{nº de episódios de infecção hospitalar (} \geq 72 \text{ h)}}{\text{nº total de saídas no período}} \right) \times 100$ ❖ Numerador: número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos após 72 horas da admissão, manifestados durante a internação ou após alta. ❖ Denominador: total de saídas hospitalares (altas + óbitos + transferências) no período. ❖ Multiplicador: 100 — para conversão em percentual. • Método de cálculo 1. Obter registros da CCIH com datas de admissão, ocorrência de infecção e alta para identificar episódios após 72 horas da admissão. 2. Contar total de episódios (numerador). 3. Obter o total de saídas hospitalares no período (denominador). 4. Aplicar a fórmula acima.
5. Usos	• Monitoramento contínuo da segurança do paciente. • Acompanhamento do desempenho da CCIH. • Subsídio para ações corretivas em políticas de higiene, protocolos de precaução e estrutura de controle. • Avaliação contratual da OSS em termos de qualidade da assistência. • Base para auditoria institucional e relatórios de qualidade.
6. Limitações	• Correta identificação da janela $\geq 72\text{h}$ é essencial; erros podem superestimar ou subestimar o indicador. • Registros incompletos ou falta de notificação comprometem a confiabilidade. • Casos pós-alta podem não ser capturados se não houver sistema de vigilância ativa. • Diferenças metodológicas entre instituições dificultam comparabilidade direta.
7. Categorias de análise	Acompanhamento desagregado por: • Unidade hospitalar / setor assistencial • Tipo de serviço (humanização vs. cuidados paliativos) • Regional ou rede de atenção, se aplicável.
8. Granularidade	Disponível por estabelecimento de saúde ou rede, e, se desejado, por setor ou serviço específico.
9. Periodicidade de atualização	Trimestral ou semestral — dado o caráter processual das ações de humanização e cuidados paliativos, sua evolução tende a ser mais lenta e qualitativa.
10. Responsabilidade gerencial	Comissão institucional de Humanização e Cuidados Paliativos, com apoio da área de Qualidade ou Educação Institucional da OSS.
11. Notas	• Pode-se enriquecer o indicador com relatórios descritivos: número de reuniões, temas abordados, adesão das equipes. • Recomenda-se associar o percentual a indicadores complementares de percepção dos usuários e trabalhadores, para uma avaliação mais completa.
12. Análise descritiva do indicador	Este indicador pode ser apresentado por meio de gráficos de linha mensal, comparando com metas de TIH estabelecidas (por exemplo, $\leq 5\%$ em geral,

	dependendo do tipo de hospital e vigilância). A análise deve incluir comentários sobre variações significativas, correlações com eventos (como surtos) e recomendações de ações preventivas.
13. Parâmetros (padrão)	≤ 5 % (cirúrgicas limpas e urinárias)
14. Fonte de Dados	Sistemas de informação hospitalar e CCIH (registros de infecção e admissões). Base corporativa de saídas hospitalares (Sistema de Gestão Hospitalar/Internação).
15. Unidade de Medida	Percentual (%)
16. Periodicidade/Temporalidade	Mensal — análises por mês de competência.
17. Abrangência	Aplicável a toda a instituição hospitalar ou, quando desejado, por setores/unidades específicas (por exemplo, UTI, clínica cirúrgica etc.).
Referências de ficha técnica similar:	Modelo de indicador elaborada pelo PROADI-SUS define numerador como “episódios de infecção hospitalar ocorridos no mês” e denominador como “número de pacientes-dia no mês” Manual da Prefeitura do Rio esclarece que TIH pode ser calculada como “pacientes com infecção hospitalar” sobre “pacientes internados”, enfatizando sua aplicabilidade em vigilância assistencial

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH: Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto (por 1.000 pacientes-dia)

1. Objetivo	Monitorar a incidência ajustada temporalmente de infecções hospitalares adquiridas após 72 h em UTI Adulto, avaliando a eficácia das práticas de controle de infecção e qualidade da assistência.
2. Denominação do Indicador	Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto (episódios por 1.000 pacientes-dia)
3. Nome Resumido	Densidade IRAS UTI Adulto (/1.000 pd-UTI)
4. Interpretação	Valores mais baixos indicam uma menor taxa de infecção ajustada pelo tempo de exposição, o que representa práticas eficazes de controle de infecção na UTI. Valores elevados apontam para maior risco associado a tempo de internação e possíveis falhas nas medidas preventivas.

5. Conceituação / Cálculo	A densidade de infecção hospitalar é definida como a taxa de episódios de infecção que ocorrem em pacientes internados por mais de 72 h na UTI Adulto, ajustada pelo tempo de exposição — representado pelos pacientes-dia. Expressa-se em número de infecções por 1.000 pacientes-dia, o que permite comparações entre períodos ou unidades de diferentes tamanhos populacionais e ocupação. • Fórmula de cálculo: $\text{Densidade UTI Adulto (por 1.000 pacientes-dia)} = \frac{\text{Nº de episódios de infecção hospitalar em UTI } (\geq 72 \text{ h})}{\text{Nº de pacientes-dia em UTI no mês}} \times 1000$ ❖ Numerador: número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos após 72 horas da admissão na UTI, manifestados durante a internação ou após alta. ❖ Denominador: total de pacientes-dia gerados na UTI durante o mês — cada paciente internado por um dia conta como um paciente-dia, independentemente do horário da admissão, desconsiderando-se o dia da saída; ❖ Multiplicador: $\times 1.000$, para facilitar a interpretação epidemiológica. • Método de cálculo 1. Coleta do numerador: por busca ativa e rotineira, identificar episódios de infecção hospitalar que ocorreram após 72 h da admissão na UTI. 2. Cálculo do denominador: somar diariamente o número de pacientes internados ao longo do mês (cada paciente gera um paciente-dia), excluindo o dia da saída; 3. Aplicar a fórmula indicada acima para gerar a densidade em infecções por 1.000 pacientes-dia.
6. Usos	• Sustentar o monitoramento contínuo da segurança do paciente em UTI. • Informar o desempenho da CCIH e orientar melhorias clínicas e organizacionais. • Viabilizar comparações entre unidades e ao longo do tempo, graças ao ajuste por pacientes-dia. • Suporte para auditoria interna, relatórios assistenciais e avaliação pela OSS e órgãos reguladores.
7. Limitações	• Requer registros precisos e sistemáticos de infecção e contagem diária de pacientes-dia. • Possíveis variações metodológicas entre instituições podem afetar comparabilidades. • A densidade considera o tempo de permanência, mas não distingue por gravidade, tipo de infecção ou perfil dos pacientes.
8. Parâmetros (padrão)	$\leq 10/1.000 \text{ pd (infecção total)}$
9. Fonte de Dados	Sistemas de vigilância clínica e laboratorial da CCIH, que registrem episódios de infecção pós-72 h na UTI. NOTIVISA Sistemas de gestão hospitalar, que permitam cálculo do total de pacientes-dia por dia/mês.
10. Unidade de Medida	Número de infecções por 1.000 pacientes-dia.
11. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal — as infecções e pacientes-dia devem ser somados por mês de competência.
12. Abrangência	Aplicável à UTI Adulto da unidade hospitalar. Pode ser ampliada para comparar diferentes UTIs Adulto dentro da rede da OSS.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH: Densidade de Incidência de ICS associada a CVC na UTI Adulto	
1. Objetivo	Monitorar a incidência ajustada temporalmente de infecções hospitalares adquiridas após 72 h em UTI Adulto, avaliando a eficácia das práticas de controle de infecção e qualidade da assistência.
2. Denominação do Indicador	Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada a CVC em UTI Adulto (por 1.000 CVC-dia)
3. Nome Resumido	Densidade ICS-CVC UTI Adulto (/1.000 CVC-dia)
4. Interpretação	Valores mais baixos indicam controle efetivo de infecção e boa assistência; valores altos indicam maior risco e possível fragilidade nas práticas de cuidado com CVC.
5. Conceituação / Cálculo	Relação entre o número de episódios de ICS adquiridas após ≥ 48 h da inserção/uso do CVC e o total de CVC-dia em uso na UTI Adulto, multiplicado por 1.000, ajustando o indicador à exposição ao dispositivo invasivo ● Fórmula de cálculo: $\text{Densidade ICS-CVC (/1.000 CVC-dia)} = \left(\frac{\text{Número de episódios de ICS } (\geq 48 \text{ h após inserção/uso do CVC})}{\text{CVC-dia no período}} \right) \times 1000$ ❖ Numerador: Total de episódios de infecção primária de corrente sanguínea em pacientes internados em UTI Adulto, com CVC inserido há ≥ 48 h, identificados durante o mês. ❖ Denominador: CVC-dia no período: soma diária do número de pacientes em uso de CVC na UTI. Como padrão, cada paciente com ≥ 1 CVC conta apenas uma vez por dia; ❖ Multiplicador: $\times 1.000$, para facilitar a interpretação epidemiológica. ● Método de cálculo 1. Registrar de forma ativa casos de ICS (busca em prontuários, laboratórios, CCIH). 2. Contar diariamente pacientes com CVC na UTI (cada paciente = 1 CVC-dia). 3. Somar ao longo do mês e aplicar a fórmula acima
6. Usos	● Monitoramento da CCIH; gestão clínica na UTI; ● comparação temporal e entre unidades; ● auditoria da OSS; ● indicadores para relatórios institucionais.
7. Limitações	● Necessidade de coleta rigorosa; ● possíveis variações nos métodos de cálculo entre instituições; ● não distingue gravidade da infecção; subnotificação pode afetar a acurácia
8. Parâmetros (padrão)	$\leq 3/1\,000$ dias-CVC
9. Fonte de Dados	Registros da CCIH, prontuários, Sistemas laboratoriais (numerador); Sistema hospitalar ou planilha de controle (CVC-dia).
10. Unidade de Medida	Infecções por 1.000 CVC-dia
11. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
12. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Metas de referência	Por exemplo, densidade $\leq$ percentil 25 do grupo de comparação; valores típicos reportados: 1,5–6,2/1.000 CVC-dia

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH: Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em UTI Adulto	
1. Objetivo	Acompanhar a ocorrência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados em UTI adulto, visando avaliar a qualidade da assistência e a efetividade das práticas de controle de infecção hospitalar.
2. Denominação do Indicador	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em UTI Adulto
3. Interpretação	Valores mais baixos indicam controle efetivo de infecção e boa assistência; valores altos indicam maior risco e possível fragilidade nas práticas de cuidado com CVC.
4. Conceituação / Cálculo	Este indicador caracteriza-se pelo número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em UTI adulto, diagnosticados após 48 horas de ventilação mecânica, até a sua suspensão. ● Fórmula de cálculo: $\text{Densidade de Incidência de PAV} = \left(\frac{\text{Número de episódios de PAV}}{\text{Número de pacientes-dia em ventilação mecânica}} \right) \times 1000$ ❖ Numerador: Número total de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica diagnosticados após 48 horas de ventilação mecânica até a sua suspensão, durante o período de vigilância. ❖ Denominador: Número total de pacientes-dia em ventilação mecânica na UTI adulto, durante o período de vigilância. Cada paciente com ventilação mecânica é contado uma vez por dia, independentemente do número de dispositivos utilizados. ❖ Multiplicador: × 1.000, para facilitar a interpretação epidemiológica. ● Método de cálculo 1. Registrar de forma ativa casos de ICS (busca em prontuários, laboratórios, CCIH). 2. Contar diariamente pacientes com CVC na UTI (cada paciente = 1 CVC-dia). 3. Somar ao longo do mês e aplicar a fórmula acima
5. Usos	● Monitoramento da CCIH; gestão clínica na UTI; ● comparação temporal e entre unidades; ● auditoria da OSS; ● indicadores para relatórios institucionais.
6. Limitações	● Necessidade de coleta rigorosa; ● possíveis variações nos métodos de cálculo entre instituições; ● não distingue gravidade da infecção; subnotificação pode afetar a acurácia
7. Parâmetros (padrão)	≤ 3/1 000 dias-CVC
8. Fonte de Dados	Registros de ventilação mecânica e diagnósticos de pneumonia associados à ventilação mecânica, conforme critérios diagnósticos estabelecidos pela ANVISA.
9. Responsável pela Coleta	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
10. Método de Coleta	Registro diário do número de pacientes em ventilação mecânica e dos episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
11. Unidade de Medida	Infecções por 1.000 CVC-dia
12. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
13. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Referências Técnicas	Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01 / 2024: Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde. Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH: Densidade de Incidência de Infecção do Trato Urinário (ITU) associada à Sonda Vesical de Demora (SVD) em UTI Adulto	
1. Objetivo	Avaliar a ocorrência de infecção do trato urinário (ITU) associada ao uso de sonda vesical de demora (SVD) em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI) adulto, visando monitorar a qualidade da assistência e a efetividade das práticas de controle de infecção hospitalar.
2. Denominação do Indicador	Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) em UTI Adulto
3. Interpretação	Valores mais baixos indicam controle efetivo de infecção e boa assistência; valores altos indicam maior risco e possível fragilidade nas práticas de cuidado com CVC.
4. Conceituação / Cálculo	Este indicador caracteriza-se pelo número de episódios de ITU sintomática relacionada ao uso de SVD em pacientes internados em UTI adulto, diagnosticados após 48 horas de uso da sonda, até a sua remoção. ● Fórmula de cálculo: $\text{Densidade de Incidência de ITU/SVD} = \left(\frac{\text{Número de episódios de ITU/SVD}}{\text{Número de pacientes-dia com SVD}} \right) \times 1000$ ❖ Numerador: Número total de episódios de ITU sintomática associada ao uso de SVD em pacientes internados em UTI adulto, diagnosticados após 48 horas de uso da sonda, até a sua remoção, durante o período de vigilância. ❖ Denominador: Número total de pacientes-dia com SVD na UTI adulto, durante o período de vigilância. Cada paciente com SVD é contado uma vez por dia, independentemente do número de dispositivos utilizados. ❖ Multiplicador: x 1.000, para padronizar a unidade de medida e facilitar a interpretação epidemiológica. ● Método de cálculo 1. Registrar de forma ativa casos de ICS (busca em prontuários, laboratórios, CCIH). 2. Contar diariamente pacientes com CVC na UTI (cada paciente = 1 CVC-dia). 3. Somar ao longo do mês e aplicar a fórmula acima
5. Usos	● Monitoramento da CCIH; gestão clínica na UTI; ● comparação temporal e entre unidades; ● auditoria da OSS; ● indicadores para relatórios institucionais.
6. Limitações	● Necessidade de coleta rigorosa; ● possíveis variações nos métodos de cálculo entre instituições; ● não distingue gravidade da infecção; subnotificação pode afetar a acurácia
7. Parâmetros (padrão)	≤ 3/1 000 dias-CVC
8. Fonte de Dados	Registros de uso de SVD e diagnósticos de ITU associada à SVD, conforme critérios diagnósticos estabelecidos pela ANVISA.
9. Responsável pela Coleta	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
10. Método de Coleta	Registro diário do número de pacientes com SVD e dos episódios de ITU associada à SVD, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
11. Unidade de Medida	Infecções por 1.000 CVC-dia
12. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
13. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Referências Técnicas	Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº.01/2024: Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde. Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – Infecção do Trato Urinário Associada à Sonda Vesical de Demora.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH:Taxa de Revisão de Prontuários de Pacientes com Infecção Hospitalar	
1. Objetivo	Avaliar a efetividade da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) na revisão dos prontuários dos pacientes com infecção hospitalar, visando aprimorar as práticas de controle e prevenção de infecções.
2. Denominação do Indicador	Taxa de Revisão de Prontuários de Pacientes com Infecção Hospitalar
3. Conceituação / Cálculo	Este indicador caracteriza-se pela proporção de prontuários de pacientes com infecção hospitalar revisados pela CCIH em relação ao total de prontuários de pacientes com infecção hospitalar identificados no período. • Fórmula de cálculo: $\text{Taxa de Revisão de Prontuários} = \left(\frac{\text{Número de prontuários revisados}}{\text{Número total de prontuários com infecção hospitalar}} \right) \times 100$ ❖ Numerador: Número total de prontuários de pacientes com infecção hospitalar revisados pela CCIH durante o período de vigilância. ❖ Denominador: Número total de prontuários de pacientes com infecção hospitalar identificados no período de vigilância. ❖ Multiplicador: x 100 — para expressar o indicador em percentual.
4. Parâmetros (padrão)	≥ 90 %
5. Fonte de Dados	Registros da CCIH sobre revisões de prontuários e identificação de infecções hospitalares.
6.Responsável pela Coleta	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
7.Método de Coleta	Registro sistemático das revisões de prontuários realizadas pela CCIH e identificação das infecções hospitalares, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
8. Unidade de Medida	Percentual (%)
9. Periodicidade/ Temporalidade	Trimestral
11. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Referências Técnicas	Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº.01/2024: Orientações para vigilância das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde. Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – Infecção Hospitalar.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – QUALIDADE DAS ATIVIDADES CIRÚRGICAS: Taxa de Reintervenção Cirúrgicas Não Programadas Dentro de 30 Dias	
1. Objetivo	Avaliar a qualidade das atividades cirúrgicas, monitorando a necessidade de reintervenções não programadas em um período de 30 dias após a cirurgia primária, como indicador de complicações ou falhas no processo assistencial.
2. Denominação do Indicador	Taxa de Reintervenção Cirúrgicas Não Programadas Dentro de 30 Dias
3. Conceituação / Cálculo	Este indicador caracteriza-se pela proporção de pacientes que, após uma cirurgia primária, necessitaram de uma reoperação não planejada dentro de 30 dias, em relação ao número total de pacientes submetidos à cirurgia no mesmo período. • Fórmula de cálculo: $\text{Taxa de Reintervenção Cirúrgicas Não Programadas Dentro de 30 Dias} = \left(\frac{\text{Número de pacientes reoperados}}{\text{Número total de pacientes operados}} \right) \times 100$ ❖ Numerador: Número total de pacientes que realizaram cirurgia e foram submetidos a reoperação não esperada após a cirurgia primária dentro de 30 dias.

	❖ Denominador: Número total de pacientes submetidos a cirurgia no período. ❖ Multiplicador: x 100 — para expressar o indicador em percentual.
4. Parâmetros (padrão)	≥ 90 %
5. Fonte de Dados	Registros do centro cirúrgico, prontuários dos pacientes e sistemas de gestão hospitalar.
6. Responsável pela Coleta	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou Núcleo de Qualidade Assistencial.
7. Método de Coleta	Identificação dos casos de reintervenção não programada por meio de revisão de prontuários e registros operatórios, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
Crítérios de Inclusão	• Pacientes submetidos a cirurgia programada. • Reintervensões realizadas dentro de 30 dias após a cirurgia primária.
8. Unidade de Medida	Percentual (%)
9. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
11. Abrangência	Aplicável a toda a instituição hospitalar ou, quando desejado, por setores/unidades específicas (por exemplo, UTI, clínica cirúrgica etc.).
Referências Técnicas	Manual de Indicadores de Desempenho Hospitalar. Fichas Técnicas dos Indicadores da ANS.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – QUALIDADE DAS ATIVIDADES CIRÚRGICAS: Taxa de Mortalidade Operatória (TMO)	
1. Objetivo	Monitorar e acompanhar o desempenho assistencial na área de cirurgia, avaliando os óbitos ocorridos durante ou até 7 dias após o ato cirúrgico, estratificados por Classes (I a V) da Classificação da American Society of Anesthesiology (ASA).
2. Denominação do Indicador	Taxa de Mortalidade Operatória (TMO)
3. Conceituação / Cálculo	A TMO caracteriza-se pela relação percentual entre o número de óbitos operatórios e o número de cirurgias realizadas em determinado período, classificados por ASA no mês, multiplicado por 100. • Fórmula de cálculo:$TMO = \left(\frac{\text{Número de óbitos operatórios}}{\text{Número total de cirurgias realizadas}} \right) \times 100$ ❖ Numerador: Número total de óbitos ocorridos durante ou até 7 dias após o ato cirúrgico, incluindo cirurgias ambulatoriais realizadas em ambientes cirúrgicos. ❖ Denominador: Número total de cirurgias realizadas no período, incluindo aquelas realizadas em centro cirúrgico e unidade de cirurgia ambulatorial. ❖ Multiplicador: x 100, para expressar o indicador em percentual.
4. Parâmetros (padrão)	≤ 2–3 %
5. Fonte de Dados	Registros do centro cirúrgico, prontuários dos pacientes e sistemas de gestão hospitalar.
6. Responsável pela Coleta	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou Núcleo de Qualidade Assistencial.
7. Método de Coleta	Identificação dos óbitos operatórios por meio de revisão de prontuários e registros operatórios, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
8. Critérios de Inclusão	• Pacientes submetidos a cirurgia programada. • Óbitos ocorridos durante ou até 7 dias após a cirurgia primária.

9. Critérios de Exclusão	- Procedimentos realizados em serviços de urgência/emergência, unidade de terapia intensiva ou consultório. - Óbitos ocorridos após 7 dias da cirurgia primária.
10. Unidade de Medida	Percentual (%)
11. Periodicidade/Temporalidade	Mensal/trimestral
12. Classificação ASA	Classe I: Paciente saudável (sem doença sistêmica) Classe II: Doença sistêmica leve (ex: hipertensão controlada, diabetes tipo 2 bem controlado) Classe III: Doença sistêmica grave (ex: insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca congestiva) Classe IV: Doença sistêmica grave que constitui constante ameaça à vida (ex: falência hepática, insuficiência respiratória grave) Classe V: Paciente moribundo, sem expectativa de sobrevivência sem a operação
13. Meta	Manter a TMO dentro dos parâmetros e recomendações aceitos pela Agência Nacional de Saúde, conforme estratificação por classe ASA
14. Abrangência	Aplicável a instituição hospitalar por setores/unidades específicas, em relação a pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos programados em ambientes cirúrgicos formais, como centro cirúrgico e unidade de cirurgia ambulatorial.
Referências Técnicas	Manual de Indicadores de Desempenho Hospitalar. Fichas Técnicas dos Indicadores da ANS.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Número de Eventos Adversos Devidos a Falhas na Identificação do Paciente.	
1. 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 possam lesar.
2. Denominação do Indicador	Densidade de Incidência de Falhas na Identificação do Paciente
3. Interpretação	Valores mais baixos indicam controle efetivo das falhas na identificação de pacientes.
4. Conceituação / Cálculo	Este indicador caracteriza-se pelo número de episódios de erros de identificação de pacientes em um período de tempo. Fórmula de cálculo: $\text{Taxa de Eventos Adversos} = \frac{\text{Número de eventos adversos por falha de identificação}}{\text{Número total de atendimentos ou internações no mesmo período}} \times 1000$ ❖ Numerador: Número total de episódios de eventos adversos na identificação de pacientes. ❖ Denominador: Número total de pacientes atendidos em um período de tempo. ❖ Multiplicador: x 1.000, para padronizar a unidade de medida e facilitar a interpretação. • Método de cálculo - Registrar de forma ativa casos de eventos por falha de identificação (busca em prontuários, relatórios de auditorias, formulários de notificação de eventos). - Contar diariamente eventos de falha de identificação. - Somar ao longo do mês e aplicar a fórmula acima
5. Usos	- Monitoramento da gestão clínica na UTI; - comparação temporal e entre unidades; - auditoria da OSS; - indicadores para relatórios institucionais.

6. Limitações	• Necessidade de coleta rigorosa; • possíveis variações nos métodos de cálculo entre instituições; • não distingue gravidade do evento adverso; subnotificação pode afetar a acurácia
7. Parâmetros (padrão)	$\leq 3/1.000$ eventos a cada 30 dias.
8. Fonte de Dados	Sistemas de notificação de incidentes, prontuário eletrônico, auditorias, reclamações de pacientes e/ou familiares, .
9. Responsável pela Coleta	Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
10. Método de Coleta	Cadastro nos sistemas oficiais de notificação (NOTIVISA e VIGIMED). Registro diário do número de onde ocorreram eventos adversos da falha na identificação, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
11. Unidade de Medida	Falhas na identificação por 1.000 no mês
12. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
13. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Referências Técnicas	A RDC nº 36/2013, da Anvisa, é uma Resolução da Diretoria Colegiada que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Taxa de Erros no Uso de Medicamentos.	
1. Objetivo	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, do paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar danos ao paciente, podendo ser causados pela falta de comunicação, erros na prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos.
2. Denominação do Indicador	Taxa de erros no uso de Medicamentos
3. Interpretação	Valores mais baixos indicam controle efetivo das falhas no erro de uso de medicamentos.
4. Conceituação / Cálculo	Para este indicador temos três cálculos: taxa de erro na prescrição dos medicamentos, taxa de erros na dispensação de medicamentos e taxa de erros na Administração de medicamentos. • Fórmula de cálculo: $\text{Taxa de Erros de Prescrição} = \frac{\text{Número de erros de prescrição detectados}}{\text{Número total de prescrições avaliadas no mesmo período}} \times 100$ $\text{Taxa de Erros de Dispensação} = \frac{\text{Número de erros de dispensação detectados}}{\text{Número total de prescrições dispensadas no mesmo período}} \times 100$ $\text{Taxa de Erros de Administração de Medicamentos} = \frac{\text{Número de erros de administração de medicamentos}}{\text{Número total de medicamentos administradas no mesmo período}} \times 100$ ❖ Numerador: Número total de erros no uso de medicamentos (prescrição/dispensação/administração). ❖ Denominador: Número total de medicações prescritas/ dispensadas/ administradas. ❖ Multiplicador: x 100, para padronizar a unidade de medida e facilitar a interpretação. • Método de cálculo 1. Registrar de forma ativa casos de eventos de erros na medicação (busca em prontuários, relatórios de auditorias, formulários de notificação de eventos). 2. Contar diariamente eventos de falha da medicação. 3. Somar ao longo do mês e aplicar a fórmula acima de acordo com o respectivo evento de erro de medicação.

	4. Somar o resultado final dos três cálculos para apresentar nº de erros de medicamentos x100 ao mês
5. Usos	• Monitoramento da gestão clínica na UTI; • comparação temporal e entre unidades; • auditoria da OSS; • indicadores para relatórios institucionais.
6. Limitações	• Necessidade de coleta rigorosa; • possíveis variações nos métodos de cálculo entre instituições; • não distingue gravidade do caso do erro da medicação; subnotificação pode afetar a acurácia
7. Parâmetros (padrão)	≤ 1/100 eventos a cada 30 dias.
8. Fonte de Dados	Sistemas de notificação de incidentes, prontuário eletrônico, auditorias, reclamações de pacientes e/ou familiares, .
9. Responsável pela Coleta	Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
10. Método de Coleta	Registro diário do número de onde ocorreram eventos de erro na medicação, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
11. Unidade de Medida	Falhas na medicação por 100 no mês
12. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
13. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Referências Técnicas	A RDC nº 36/2013, da Anvisa, é uma Resolução da Diretoria Colegiada que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Taxa de Adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura.	
1. Objetivo	Assegurar a realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto.
2. Denominação do Indicador	Taxa de Adesão à Lista de Cirurgia Segura
3. Interpretação	Valores elevados indicam adesão efetiva da adesão à lista de cirurgia segura.
4. Conceituação / Cálculo	• Fórmula de cálculo: $\text{Taxa de Adesão} = \frac{\text{Número de cirurgias realizadas com listas de verificação preenchidas corretamente}}{\text{Número total de cirurgias realizadas}} \times 100$ ❖ Numerador: Número total de procedimentos cirúrgicos realizados com adesão à lista segura . ❖ Denominador: Número total de cirurgias. ❖ Multiplicador: x 100, para padronizar a unidade de medida e facilitar a interpretação. • Método de cálculo 1. Registrar de forma ativa a adesão da lista de cirurgia segura (busca em prontuários, relatórios de auditorias, formulários de notificação de eventos). 2. Somar ao longo do mês e aplicar a fórmula acima.
5. Usos	• Monitoramento da gestão clínica na UTI; • comparação temporal e entre unidades; • auditoria da OSS; • indicadores para relatórios institucionais.
6. Limitações	• Necessidade de coleta rigorosa; • possíveis variações nos métodos de cálculo entre instituições;
7. Parâmetros (padrão)	100% de cirurgias a cada 30 dias.

8. Fonte de Dados	Sistemas de notificação de incidentes, prontuário eletrônico, auditorias.
9. Responsável pela Coleta	Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
10. Método de Coleta	Registro diário do número de onde ocorreram eventos de erro na medicação, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
11. Unidade de Medida	Adesão à lista segura por 100 procedimentos cirúrgicos no mês
12. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
13. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Referências Técnicas	A RDC nº 36/2013, da Anvisa, é uma Resolução da Diretoria Colegiada que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Incidência de Quedas.	
1. Objetivo	Quantificar e monitorar a segurança do paciente em relação a quedas em um ambiente de saúde, reduzir ativamente o risco de quedas e, consequentemente, evitar lesões, diminuir os custos com tratamentos adicionais.
2. Denominação do Indicador	Incidência de Quedas
3. Interpretação	Valores baixos indicam redução da taxa de incidentes de quedas de pacientes.
4. Conceituação / Cálculo	● Fórmula de cálculo: $\text{Taxa de Incidência de Quedas} = \left(\frac{\text{Número total de quedas de pacientes}}{\text{Número total de dias de paciente}} \right) \times 1000$ ❖ Numerador: Número total de quedas de pacientes . ❖ Denominador: Número total de pacientes/dia. ❖ Multiplicador: x 1000, para padronizar a unidade de medida e facilitar a interpretação. ● Método de cálculo 1. Registrar de forma ativa o evento de quedas de pacientes (busca em prontuários, relatórios de auditorias, formulários de notificação de eventos). 2. Somar ao longo do mês e aplicar a fórmula acima.
5. Usos	● Monitoramento da gestão clínica na UTI; ● comparação temporal e entre unidades; ● auditoria da OSS; ● indicadores para relatórios institucionais.
6. Limitações	● Necessidade de coleta rigorosa; ● possíveis variações nos métodos de cálculo entre instituições; ● não distingue gravidade do caso de quedas; subnotificação pode afetar a acurácia
7. Parâmetros (padrão)	≤ 1/100 quedas a cada 30 dias.
8. Fonte de Dados	Sistemas de notificação de incidentes, prontuário eletrônico, auditorias, reclamações de pacientes e/ou familiares, .
9. Responsável pela Coleta	Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
10. Método de Coleta	Registro diário do número de quedas, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
11. Unidade de Medida	Taxa de quedas em 100 por mês
12. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
13. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Referências Técnicas	A RDC nº 36/2013, da Anvisa, é uma Resolução da Diretoria Colegiada que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – Incidência de Lesão por Pressão.	
1. Objetivo	monitorar a incidência de lesão por pressão é prevenir o seu surgimento e melhorar a qualidade do cuidado oferecido ao paciente.
2. Denominação do Indicador	Taxa de Incidência à Lesão por Pressão
3. Interpretação	Valores baixos indicam redução da taxa de incidentes de lesões por pressão.
4. Conceituação / Cálculo	● Fórmula de cálculo: $\text{Taxa de Incidência de Lesão por Pressão} = \left(\frac{\text{Número de pacientes que desenvolveram lesão por pressão no período}}{\text{Número de pacientes expostos ao risco de desenvolver lesão no período}} \right) \times 100$ ❖ Numerador: Número total de pacientes que tiveram lesões no período. ❖ Denominador: Número de pessoas expostas aos risco de adquirir lesão no período. ❖ Multiplicador: x 100, para padronizar a unidade de medida e facilitar a interpretação. ● Método de cálculo 1. Registrar de forma ativa o evento de lesões por pressão de pacientes (busca em prontuários, relatórios de auditorias, formulários de notificação de eventos). 2. Somar ao longo do mês e aplicar a fórmula acima.
5. Usos	● Monitoramento da gestão clínica na UTI; ● comparação temporal e entre unidades; ● auditoria da OSS; ● indicadores para relatórios institucionais.
6. Limitações	● Necessidade de coleta rigorosa; ● possíveis variações nos métodos de cálculo entre instituições; ● não distingue gravidade do caso de quedas; subnotificação pode afetar a acurácia
7. Parâmetros (padrão)	≤ 1/100 lesão por pressão cada 30 dias.
8. Fonte de Dados	Sistemas de notificação de incidentes, prontuário eletrônico, auditorias, reclamações de pacientes e/ou familiares, .
9. Responsável pela Coleta	Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
10. Método de Coleta	Registro diário do número de lesões por pressão, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
11. Unidade de Medida	Taxa de lesão por pressão a cada 100 pacientes no mês
12. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
13. Abrangência	UTI Adulto da instituição (ou comparativo entre múltiplas UTIs da OSS)
Referências Técnicas	A RDC nº 36/2013, da Anvisa, é uma Resolução da Diretoria Colegiada que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR do Indicador de Desempenho - Taxa Mortalidade institucional	
Objetivo	QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
Nome do Indicador	Taxa de mortalidade institucional
Interpretação	Quantificar os óbitos que ocorreram na instituição após as primeiras 24 horas de internação em relação ao total de saídas em um determinado período de tempo, o resultado do indicador reflete o percentual de óbitos institucionais no período de interesse.
Fórmula do Cálculo	$\frac{\text{Total de óbitos que ocorreram após as 24 horas da admissão do paciente}}{\text{Total de saídas hospitalares da unidade}} \times 100$
Numerador	Total dos óbitos que ocorreram após 24 horas da admissão do paciente na instituição no período de interesse.
Denominador	Total de saídas hospitalares no período de interesse.
Referência de Meta	≤6% (menor ou igual a seis por cento) de óbitos institucionais.
Fonte de Informação	Sistema IndicaSUS
Parâmetros (padrão)	≤ casuística ajustada (ex: ≤3 % cirúrgica)
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	Óbito: refere-se ao processo irreversível de cessamento das atividades biológicas. Saídas: considera-se saída da instituição aquelas que se dão por alta (cura, melhora, estado inalterado, evasão, desistência do tratamento, transferência externa) ou por óbito. Alta médica: ato médico que determina finalização da assistência que vinha sendo prestada ao paciente, neste caso, representa a finalização da internação hospitalar. Evasão: saída do paciente da instituição sem autorização médica ou comunicação de saída. Desistência do tratamento: caracterizada por saída do paciente sem autorização médica, porém com comunicação à unidade de internação por parte do paciente ou do responsável legal, indicando desejo de finalizar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada. Transferência externa: caracterizada quando o paciente modifica seu local de internação de um hospital para outro.
Responsável	Supervisão Administrativa SES/MT
Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
Considerações (Variáveis do indicador)	O perfil de atendimento hospitalar, as distorções no registro e tratamento dos dados nos hospitais podem afetar no cálculo. Deste modo, os relatórios hospitalares são avaliados pela equipe de Supervisão Técnica. Crítérios de inclusão: - Pacientes na instituição há mais de 24 horas. - Considerar como saídas: alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar. - Considerar para cálculo os óbitos e saídas de todos os convênios de saúde atendidos pela instituição: SUS, particular e filantropia.
Referências	Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório, 11ª Edição. 2019. Disponível em https://ondemand.anahp.com.br/categoria/publicacoes. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Resolução Nº 07, 24/02/2010. Brasília, 2010.

	Compromisso com a qualidade hospitalar. Indicadores Hospitalares, Taxa de Mortalidade Institucional. 2014. Acesso em: 20.12.18. Disponível em: http://www.cqh.org.br/icqh/ind/web_ficha.php?p_nind=47 Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET), Taxa de Morbidade Hospitalar do SUS, Mortalidade hospitalar. 2018. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Indicadores Hospitalares Essenciais, Taxa de Mortalidade Institucional, 2013/14. Acesso em: 20.12.18. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-02.pdf
--	---

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - EFICIÊNCIA OPERACIONAL: Taxa de Ocupação Hospitalar Enfermaria (Leitos Clínicos)	
Objetivo	QUALIDADE DA GESTÃO
Nome do Indicador	Taxa de Ocupação Hospitalar Enfermaria (Leitos Clínicos)
Interpretação	Avaliar o grau de utilização dos leitos SUS de enfermaria contratualizados durante o período avaliado e mensurar o perfil de utilização e gestão dos leitos.
Fórmula do Cálculo	Estratificar o cálculo por: Enfermaria Clínica, Cirúrgica e Pediátrica $\frac{\text{Número de pacientes-dia nos leitos SUS durante a competência}}{\text{Número de leitos SUS contratualizados X dias da competência X 100}}$
Numerador	Número de pacientes-dia nos leitos SUS durante a competência (Somatória de pacientes-dia na competência)
Denominador	Número de leitos SUS contratualizados X dias da competência X 100
Referência de Meta	Mínimo de 85% de ocupação dos leitos hospitalares de enfermaria contratualizados
Fonte de Informação	A equipe de Supervisão Administrativa realizará visita técnica <i>in loco</i> e análise do relatório gerencial extraído do Sistema IndicaSUS até o 10º dia do mês subsequente ao mês de atendimento.
Parâmetros (padrão)	clínica 80–85 %
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	Pacientes-dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao volume de pacientes que estão pernoitando nos leitos de enfermaria em cada dia do período. O número de pacientes-dia no mês será a somatória de pacientes-dia de cada dia do mês. Leito hospitalar de internação: cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente; Leito ocupado: com paciente; Leito vago: cama sem paciente no momento da supervisão hábil para internar; Leito reservado: cama aguardando a chegada de um paciente; Leitos de retaguarda: leito destinado exclusivamente a paciente de determinada clínica do hospital; Leitos Contratualizados: total de leitos da clínica que constam no contrato; Dias na competência: total de dias do mês avaliado.
Responsável	Supervisão Administrativa SES/MT
Considerações (Variáveis do indicador)	Leitos reservados não serão considerados como ocupação. Os leitos de Hospital Dia, Observação, Emergência, Recuperação Pós-Anestésica e Pronto Atendimento não serão considerados para cálculo de taxa de ocupação.

	A alimentação do Sistema IndicaSUS deve estar fidedigno para que o número de pacientes-dia reflita de forma precisa a ocupação da unidade hospitalar.
Referências	BRASIL. Portaria nº 312 de 02 de Maio de 2002; Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 Grala APP, Araújo AC, Guerreiro PO. Taxa de ocupação e média de permanência em quatro hospitais de um município brasileiro. J. nurs. health. 2020;10(3): e20103001

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - EFICIÊNCIA OPERACIONAL: Taxa de Ocupação Hospitalar UTI	
Objetivo	QUALIDADE DA GESTÃO
Nome do Indicador	Taxa de Ocupação Hospitalar UTI
Interpretação	Avaliar o grau de utilização dos leitos de UTI contratualizados durante o período avaliado e mensurar o perfil de utilização e gestão dos leitos.
Fórmula do Cálculo	Estratificar o cálculo por tipologia: UTI Adulto e UTI Pediátrica $\frac{\text{Número de pacientes-dia nos leitos UTI SUS durante a competência.}}{\text{Número de leitos UTI SUS contratualizados X dias da competência X 100}}$
Numerador	Número de pacientes-dia internados nos leitos UTI SUS durante a competência (Somatória de pacientes-dia na competência).
Denominador	Número de leitos UTI SUS contratualizados X dias da competência X 100.
Referência de Meta	Mínimo de 90% de ocupação dos leitos de UTI contratualizados.
Fonte de Informação	A equipe de Supervisão Administrativa realizará visita técnica <i>in loco</i> e análise do relatório gerencial extraído do sistema IndicaSUS até o 10º dia do mês subsequente ao mês de atendimento.
Parâmetros (padrão)	UTI ≥ 90 %
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	Unidade de Terapia intensiva - UTI: serviço hospitalar destinado a pacientes críticos, graves ou de alto risco clínico ou cirúrgico que necessitam de cuidados intensivos e ininterruptos, além de assistência médica, fisioterapêutica e de enfermagem, com monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia; Pacientes-dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao volume de pacientes que estão pernoitando no hospital em cada dia. O número de pacientes-dia no mês será a somatória de pacientes-dia de cada dia do mês. Leito instalado: leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão. Leito hospitalar de internação: cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente; Leito ocupado: com paciente; Leito vago: cama sem paciente no momento da supervisão, hábil para internar; Leito reservado: cama aguardando a chegada de um paciente; Leitos de retaguarda: leito destinado exclusivamente a paciente de determinada clínica do hospital; Leitos Contratualizados: total de leitos de UTI que constam no contrato; Dias na competência: total de dias do mês avaliado;

Considerações (Variáveis do indicador)	Leitos reservados não serão considerados como ocupação; A alimentação do Sistema IndicaSUS deve estar fidedigno para que o número de pacientes-dia reflita de forma precisa a ocupação da unidade hospitalar.
Responsável	Núcleo Interno de Regulação (NIR)
Referências	BRASIL. Portaria nº 312 de 02 de Maio de 2002; Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 Grala APP, Araújo AC, Guerreiro PO. Taxa de ocupação e média de permanência em quatro hospitais de um município brasileiro. J. nurs. health. 2020;10(3): e 20103001. BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - EFICIÊNCIA OPERACIONAL: Tempo Médio de Permanência (TMP)	
Objetivo	QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
Nome do Indicador	Tempo médio de permanência geral (leito clínico, cirúrgico e pediátrico)
Interpretação	Avaliar o tempo médio de permanência (em dias) que um paciente permanece no leito durante o período avaliado e mensurar o perfil de utilização e rotatividade dos leitos.
Fórmula do Cálculo	Estratificar o cálculo por tipologia de enfermarias: clínico, cirúrgico e pediátrico $\frac{\text{Número de pacientes-dia nos leitos SUS durante a competência}}{\text{Total de pacientes que tiveram saídas no período}}$
Numerador	Número de pacientes-dia nos leitos SUS durante a competência (Somatória de pacientes-dia durante a competência).
Denominador	Total de pacientes que tiveram saída no período.
Referência de Meta	Meta por especialidade: 1) Leito Clínico = 6 dias 2) Leito Cirúrgico = 3 dias 3) Leito Pediátrico = 4 dias
Fonte de Informação	Sistema IndicaSUS A equipe de Supervisão Administrativa realizará visita técnica e análise do relatório gerencial extraído do Sistema IndicaSUS até o 10º dia do mês subsequente ao mês de atendimento.
Parâmetros (padrão)	≤ 5 dias (clínico), ≤ 7 cirúrgico
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	Permanência: unidade de medida que representa o período de tempo (em dias) que um paciente permanece internado em um estabelecimento de saúde, desde o momento de sua admissão até a sua alta, transferência ou óbito. Saídas: evento que marca o fim da permanência de um paciente internado no hospital, seja por alta médica, transferência ou óbito.
Responsável	Núcleo Interno de Regulação (NIR)
Considerações (Variáveis do indicador)	O tempo médio de permanência sofre influências de fatores como mudança na complexidade do quadro apresentado, tipo de procedimento, faixa etária dos pacientes, etc. Também sofre influência de fatores relacionados à regulação dos serviços.

	Desconsiderar da apuração os leitos de longa permanência.
Referências	Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011; Grala APP, Araújo AC, Guerreiro PO. Taxa de ocupação e média de permanência em quatro hospitais de um município brasileiro. J. nurs. health. 2020;10(3): e20103001; BRASIL. Ficha de Indicador de Média de Permanência Geral. V1.02 – Janeiro de 2013. Disponível em https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-d-e-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-efi-05.pdf

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - EFICIÊNCIA OPERACIONAL: Índice de Intervalo de Substituição (horas ou dias)	
Objetivo	Avaliar a eficiência operacional hospitalar ao medir o tempo médio de ociosidade dos leitos — ou seja, quanto tempo, em média, um leito fica desocupado entre a saída de um paciente e a entrada do próximo. Esse indicador ajuda a identificar oportunidades de melhora na rotatividade e aproveitamento da ocupação hospitalar.
Nome do Indicador	Índice de Intervalo de Substituição (horas ou dias)
Interpretação	Valores mais baixos indicam que os leitos são rapidamente ocupados após desocupação, refletindo boa eficiência na gestão da internação. Valores mais elevados sinalizam atraso na ocupação dos leitos, possivelmente por deficiências nos fluxos de limpeza, documentação, comunicação entre equipes ou dimensionamento do pessoal. O intervalo de substituição é, portanto, um termômetro da eficiência logística hospitalar e impacta diretamente na capacidade de atendimento e no uso produtivo da infraestrutura.
Conceituação / Cálculo	O IIS representa o tempo médio que um leito permanece vazio entre admissões consecutivas no mesmo leito. É calculado usando a taxa de ocupação hospitalar e o tempo médio de permanência dos pacientes. Reflete a agilidade nos processos de liberação, limpeza e preparo de leitos. ● Fórmula de Cálculo: $\text{Índice de Intervalo de Substituição} = \frac{(100\% - \text{Taxa de Ocupação}) \times \text{Tempo Médio de Permanência}}{\text{Taxa de Ocupação}}$ ● Método de cálculo: Calcular o tempo médio em que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão do próximo. Para converter o resultado em horas, basta multiplicar o valor em dias por 24.
Numerador	$(100\% - \text{Taxa de Ocupação}) \times \text{Tempo Médio de Permanência}$ — representa a “porção desocupada” em relação à carga total, ajustada pela permanência média por paciente.
Denominador	Taxa de Ocupação, indica a proporção de ocupação de leitos num determinado período.

Fonte de Informação	Taxa de ocupação hospitalar: obtida via sistema de informação IndicaSUS ou relatórios (pacientes-dia ÷ leitos-dia) – conforme metodologia do CQH. Tempo médio de permanência: calculado a partir de dados de pacientes-dia e número de saídas no período registrado pelo sistema de internamento ou SAME.
Parâmetros (padrão)	≤ 1 dia, ou aproximadamente ≤ 24 horas
Periodicidade	Mensal
Unidade de Medida	Dias – unidade padrão conforme o CQH. Horas – opção de conversão prática (dias × 24).
Responsável gerencial	Setores de Recepção, Internação, SAME; gestores clínicos, técnicos e de qualidade.
Considerações (Variáveis do indicador)	1. Taxa de Ocupação A taxa de ocupação impacta diretamente o IIS. Leitos frequentemente ocupados reduzem o tempo entre pacientes, enquanto taxas baixas refletem mais ociosidade. 2. Tempo Médio de Permanência Média do período de internação do paciente. Hospitalizações mais prolongadas aumentam o intervalo entre admissões, podendo afetar o IIS. 3. Eficiência dos Processos de Preparação de Leitos Inclui limpeza, higienização, manutenção e documentação. Processos ágeis reduzem o tempo de leito parado, já que eliminam atrasos operacionais. 4. Rotatividade (Turnover) de Leitos Frequência de entradas e saídas de pacientes no leito. Alta rotatividade, quando bem organizada, reduz o IIS. 5. Perfil e Complexidade dos Pacientes Pacientes graves ou com longas permanências aumentam o tempo médio de permanência e impactam negativamente o IIS. 6. Dimensionamento Adequado de Leitos Número de leitos disponíveis em relação à demanda também influencia a rotação — lotação excessiva impede tempo hábil para preparo dos leitos, enquanto superdimensionamento gera ociosidade. 7. Demanda e Afirmação Clínica (Case Mix) Tipos de cirurgias, emergências e sazonalidade epidemiológica (como surtos) podem resultar em flutuações na ocupação e afetar o intervalo de substituição.
Referências	Em estudos científicos sobre gestão hospitalar, utiliza-se o " Turnover Interval (TI) ", equivalente ao Índice de Intervalo de Substituição: • Valores recomendados: entre 1 e 3 dias, ou seja, o leito deveria ficar desocupado, em média, menos de 72 horas entre pacientes. • Esse intervalo reflete boa eficiência operacional na rotatividade de leitos, considerando os tempos ideais para limpeza, organização e preparo.

1. Objetivo	Avaliar a qualidade das atividades cirúrgicas, monitorando a necessidade de reintervenções não programadas em um período de 30 dias após a cirurgia primária, como indicador de complicações ou falhas no processo assistencial.
2. Denominação do Indicador	Taxa de Reintervenções Cirúrgicas Não Programadas Dentro de 30 Dias
3. Conceituação / Cálculo	Este indicador caracteriza-se pela proporção de pacientes que, após uma cirurgia primária, necessitaram de uma reoperação não planejada dentro de 30 dias, em relação ao número total de pacientes submetidos à cirurgia no mesmo período. ● Fórmula de cálculo: $\text{Taxa de Reintervenções Cirúrgicas Não Programadas Dentro de 30 Dias} = \left(\frac{\text{Número de pacientes reoperados}}{\text{Número total de pacientes operados}} \right) \times 100$ ❖ Numerador: Número total de pacientes que realizaram cirurgia e foram submetidos a reoperação não esperada após a cirurgia primária dentro de 30 dias. ❖ Denominador: Número total de pacientes submetidos a cirurgia no período. ❖ Multiplicador: x 100 — para expressar o indicador em percentual.
4. Parâmetros (padrão)	≥ 90 %
5. Fonte de Dados	Registros do centro cirúrgico, prontuários dos pacientes e sistemas de gestão hospitalar.
6. Responsável pela Coleta	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou Núcleo de Qualidade Assistencial.
7. Método de Coleta	Identificação dos casos de reintervenção não programada por meio de revisão de prontuários e registros operatórios, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
CrITÉRIOS de Inclusão	● Pacientes submetidos a cirurgia programada. ● Reintervenções realizadas dentro de 30 dias após a cirurgia primária.
8. Unidade de Medida	Percentual (%)
9. Periodicidade/ Temporalidade	Mensal
11. Abrangência	Aplicável a toda a instituição hospitalar ou, quando desejado, por setores/unidades específicas (por exemplo, UTI, clínica cirúrgica etc.).
Referências Técnicas	Manual de Indicadores de Desempenho Hospitalar. Fichas Técnicas dos Indicadores da ANS.

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – ÁREA DE ATENÇÃO AO USUÁRIO: Percentual de resolução de queixas do usuário

1. Objetivo	Avaliar a eficácia dos canais de escuta do SUS ao resolver queixas dos usuários, assegurando retorno e solução dos problemas identificados.
2. Denominação do Indicador	Percentual de Resolução de Queixas dos Usuários do SUS
3. Nome Resumido	% Resolução de Queixas
4. Interpretação	Percentuais elevados indicam bom desempenho na resposta aos usuários e efetividade dos canais de ouvidoria; valores baixos sugerem falhas nos processos de atendimento, registro ou resposta.

5. Conceituação / Cálculo	“Queixa” é o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, com identificação do autor, devidamente registradas. “Resolução” corresponde às ações empreendidas para solucionar a queixa, com resposta ou esclarecimento ao autor do relato. ● Fórmula de cálculo: $\text{Percentual de Resolução de Queixas (\%)} = \left(\frac{\text{Total de queixas resolvidas (com retorno ao autor)}}{\text{Total de queixas registradas (identificadas)}} \right) \times 100$ ❖ Numerador: Total de queixas (registradas com identificação do autor) que receberam ação de resolução e retorno ao titular, no período analisado. ❖ Denominador: Total de queixas registradas (com identificação do autor) no mesmo período. ❖ Multiplicador: x 100, para expressar o indicador em percentual. ● Método de cálculo: 1. Realizar coleta e registro sistemático das queixas, 2. Identificar quais receberam resposta/solução, 3. Contabilizar resolvidas (numerador) e total recebidas (denominador), 4. Aplicar a fórmula.
6. Usos	- Monitoramento da qualidade do atendimento ao usuário - Acompanhamento da efetividade dos canais de ouvidoria - Base para auditoria, avaliação contratual e melhoria contínua - Subsídio planejamento de treinamentos e práticas de escuta ativa
7. Limitações	- Pode não considerar queixas anônimas (não identificadas) - Resolução pode variar em qualidade (solução efetiva x resposta genérica) - Diferenças nos canais (formais vs informais) podem afetar dados
8. Parâmetros (padrão)	≥ 90 %
9. Fonte de Dados	Registros do sistema de ouvidoria, serviço de acolhimento ou atendimento ao usuário, bases de dados institucionais.
10. Responsável gerencial	Área de Ouvidoria ou Atendimento ao Usuário da OSS; pode ser integrada à área de Qualidade Assistencial
11. Método de Coleta	Identificação dos óbitos operatórios por meio de revisão de prontuários e registros operatórios, utilizando planilhas específicas ou sistemas informatizados de gestão hospitalar.
12. Categorias de análise	Possível desagregação por tipo de manifestação (elogio, sugestão, queixa), canal de origem (telefone, presencial, online), regionalidade, unidade de atendimento etc.
13. Granularidade	Estabelecimento de saúde ou ponto de atendimento; possível consolidação por região ou rede da OSS
14. Unidade de Medida	Percentual (%)
15. Periodicidade/ Temporalidade	Trimestral/ Mensal (recomenda-se cálculo por mês de competência)
16. Notas	Recomenda-se associar este indicador a métricas de satisfação; relatórios devem incluir exemplos de queixas resolvidas e lições aprendidas.
17. Análise descritiva	Apresentar gráfico de evolução mensal do indicador, análise de causas para quedas ou melhorias, descrição de ações implementadas para aprimorar a resolução (capacitação, reforço nos canais, padronização de resposta).
18. Abrangência	Aplicável a instituição hospitalar por setores/unidades específicas, em relação a pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos programados em ambientes cirúrgicos formais, como centro cirúrgico e unidade de cirurgia ambulatorial.
Referências Técnicas	O estilo e estrutura desta ficha segue o Modelo da FQI da RIPSa, que determina campos como Conceituação, Interpretação, Usos, Limitações, Fonte de Dados, Fórmula etc. A definição de “resolução de queixas” foi baseada em documento estadual que descreve o cálculo percentual de respostas às queixas recebidas no mês: “é o cálculo percentual das respostas às queixas recebidas no mês”

Ficha Técnica do Indicador de Desempenho – ÁREA DE QUALIDADE ASSISTENCIAL: Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)	
1. Objetivo	Avaliar a qualidade do atendimento hospitalar prestado e a continuidade do cuidado após a alta, identificando potenciais falhas no processo assistencial que resultem em reinternações evitáveis.
2. Denominação do Indicador	Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)
3. Interpretação	A taxa de readmissão reflete a eficácia do atendimento inicial, a qualidade da alta hospitalar e a continuidade do cuidado pós-alta . Uma readmissão em até 29 dias sugere que o paciente retornou à unidade hospitalar, o que pode indicar lacunas no tratamento, planejamento da alta ou na articulação com a atenção ambulatorial.
4. Conceituação / Cálculo	A readmissão hospitalar corresponde ao retorno de um paciente ao hospital em até 29 dias após a alta da internação anterior. Esse indicador reflete a efetividade do cuidado prestado, a adequação da alta e a integração da rede de atenção à saúde. • Fórmula de Cálculo: $\text{Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)} = \frac{\text{Nº de pacientes readmitidos em até 29 dias da última alta hospitalar}}{\text{Nº total de internações hospitalares (exceto exclusões)}} \times 100$ ❖ Numerador: Número de pacientes readmitidos em até 29 dias da alta hospitalar, exceto oncologia e obstetrícia. Inclui readmissões que evoluem para óbito. ❖ Denominador: Número total de internações hospitalares no período (excluídos: casos de 1 dia, altas por óbito, admissões obstétricas e diagnósticos oncológicos/quimioterapia). ❖ Multiplicador: 100. • Método de cálculo: Extração dos dados de internação (AIH/SIH-SUS ou sistema hospitalar próprio), identificação dos casos de readmissão em até 29 dias e aplicação da fórmula.
5. Responsabilidade gerencial	• Nível Operacional: Núcleo de Vigilância e Qualidade Assistencial da OSS. • Nível Tático: Diretoria Técnica do Hospital. • Nível Estratégico: Secretaria de Estado/Município de Saúde – área de regulação e contratualização.
6. Limitações	- Registros com CEP inválido ou ausente comprometem o cálculo. - Endereço desatualizado ou inconsistência entre CEP e logradouro dificultam a validação automática. - Dependência de bases de referência externas (como cadastros municipais ou nacionais de CEP) – sua desatualização afeta a precisão do indicador. - Sistemas com arquitetura limitada ou sem campos obrigatórios para CEP podem gerar subregistro.
7. Unidade de Medida	Percentual (%) por mês.
8. Tipo de Relação com as Variáveis	Perfil clínico da população atendida; Complexidade e porte do hospital; Adequação da transição do cuidado e do acompanhamento ambulatorial pós-alta; Qualidade das altas hospitalares (orientações e encaminhamentos); Inclusão/exclusão de casos específicos (oncologia, obstetrícia, óbitos).
9. Periodicidade / Temporalidade	Mensal/trimestral — cada competência apresenta um valor do indicador.
10. Parâmetros (padrão)	Referência internacional: valores < 10% são considerados adequados, variando conforme perfil do hospital e complexidade. Meta contratual OSS: a ser definida em função do perfil assistencial da unidade (ex.: ≤ 8%).
11. Abrangência	Aplica-se à unidade hospitalar regional, caso seja consolidado em níveis de rede ou estado.
12. Fonte de Dados	Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS); Prontuários eletrônicos ou sistemas próprios da OSS; CNES/SIH para validação de especialidades.

Estrutura mínima para elaboração do Plano de Gestão da Qualidade - PGQ

A unidade hospitalar terá que elaborar um **Plano de Gestão da Qualidade** para melhoria dos serviços prestados ao Usuário, o qual será validado pela equipe técnica da SES-MT. A unidade hospitalar terá inicialmente prazo de 30 dias para apresentação da 1ª versão finalizada. O plano deve contemplar no mínimo os objetivos:

1. **Avaliar a satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados.**
2. **Monitorar os indicadores de segurança do paciente.**
3. **Acompanhar a integralidade da assistência ao paciente.**
4. **Identificar áreas de melhoria e implementar ações corretivas.**
5. **Garantir a conformidade com as normas e regulamentos vigentes.**

Estrutura mínima para construção do Plano de Gestão da Qualidade, para melhoria dos serviços: Este plano servirá de base para a avaliação do indicador de qualidade dos serviços prestados ao usuário.

Estrutura do Plano:

1. Avaliação da Satisfação dos Usuários**1.1. Ferramentas de Coleta de Dados**

- Aplicação de questionários ou Entrevistas estruturadas.

1.2 Estrutura do Questionário ou Entrevista

- Qualidade do atendimento médico e de enfermagem.
- Infraestrutura e conforto das instalações.
- Atendimento administrativo.
- Comunicação e informação fornecida.
- Tempo de espera.
- Acesso aos serviços.

1.3 Frequência de Avaliação

- Descrição de mecanismos de avaliação/método/frequência

2 Monitoramento dos Indicadores de Segurança do Paciente

2.1 Indicadores mínimos sugeridos – estabelecer indicadores e suas respectivas fichas de análise de dados.

2.2 Coleta de Dados – Descrever a forma, frequência e métodos de controle/auditoria.

- Registros hospitalares.
- Sistemas eletrônicos de saúde.
- Relatórios de incidentes.

2.3 Frequência de Monitoramento

- Monitoramento contínuo com relatórios mensais.

3 Identificação de Áreas de Melhoria e Implementação de Ações Preventivas e Corretivas**3.1 Análise de Dados**

- Análise quantitativa e qualitativa dos dados coletados.
- Identificação de tendências negativas e áreas de risco.

3.2 Desenvolvimento de Planos de Ação

- Planos de ação preventiva: implementação de medidas para prevenir a recorrência de problemas.

- Planos de ação corretiva: desenvolvimento de ações específicas para corrigir as não conformidades identificadas.

3.3 Comunicação e Treinamento

- Sessões de treinamento para a equipe sobre novas práticas e protocolos.
- Comunicação clara dos planos de ação e suas justificativas.

4 Garantia de Conformidade com Normas e Regulamentos

4.1 Revisão de Normas e Protocolos

- Revisão contínua das normas e protocolos de atendimento.
- Garantia de que todos os procedimentos estejam em conformidade com as regulamentações vigentes.

4.2 Auditorias e Avaliações

- Realização de auditorias internas periódicas para verificar a conformidade.
- Avaliações externas, se necessário, para garantir o cumprimento dos padrões de qualidade.

5 Cronograma de Implementação

- Estabelecimento de prazos para a execução de cada etapa do plano.
- Monitoramento contínuo do progresso e ajuste de prazos conforme necessário.

5.1 Relatórios e Avaliações

- Elaboração de relatórios bimestrais detalhando os resultados.
- Apresentação dos relatórios à equipe de gestão SES e Hospital.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - CNES atualizado

Objetivo	QUALIDADE DA INFORMAÇÃO
Nome do Indicador	CNES atualizado
Interpretação	Manter o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde atualizado, que tem como objetivo disponibilizar aos gestores públicos e privados o conhecimento da rede assistencial e da capacidade instalada da unidade.
Método de Verificação	Validar por meio de visita <i>in loco</i> , as informações inseridas no Cadastro CNES concomitante com a atualização da base local, a qual deverá ser realizada em até 15 dias antes da atualização da base do SCNES nacional em conformidade com o calendário disponibilizado pelo https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Cronograma . O indicador será avaliado conforme os seguintes itens: 1- Capacidade instalada dos leitos (nº de leitos existentes SUS e não SUS); 2- Capacidade instalada de equipamentos (nº de equipamentos existentes e em uso); 3- Instalações físicas (conforme o descritivo assistencial vigente); 4- Profissionais.
Referência de Meta	CNES 100% atualizado nos itens acima.
Fonte de Informação	Sistema CNES da Base Hospitalar, visita técnica <i>in loco</i> e relatórios gerenciais de glosas emitidos pelo SIH e SIA/SUS por motivos de rejeições SCNES. A equipe de Supervisão Administrativa emitirá relatório com análise da atualização SCNES após visita <i>in loco</i> até o 25º dia do mês subsequente ao período avaliado. Relatório fornecido pela instituição contendo o quadro de profissionais e arquivo exportado do CNES.

Parâmetros de pontuação	100 %
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	SCNES: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde é uma base de dados que contém informações sobre os estabelecimentos de saúde do Brasil. Cadastra todos os estabelecimentos de saúde que prestam serviços de saúde no território nacional, independentemente de serem públicos, conveniados ou privados. O CNES tem como objetivos: Apoiar o planejamento em saúde; fornecer aos gestores públicos e privados uma visão da rede assistencial; dar maior visibilidade à sociedade do potencial assistencial brasileiro; ser um instrumento de gestão para a tomada de decisões; assegurar que profissionais e locais de atendimento sigam padrões de qualidade; para auditorias, que verificam as conformidades e uso dos locais e possibilitar maior controle sobre o custeio que o Ministério da Saúde repassa. O CNES recolhe dados sobre: Informações básicas gerais, endereço e localização; gestor responsável, atendimento prestado, caracterização, equipamentos, serviços de apoio, serviços especializados, instalações físicas e profissionais.
Responsável	Supervisão Administrativa SES/MT
Referências	https://cnes.datasus.gov.br/

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - Gestão de custos no Sistema APURASUS	
Objetivo	QUALIDADE DA INFORMAÇÃO
Nome do Indicador	Gestão de custos no Sistema APURASUS
Interpretação	Proporcionar um maior controle, monitoramento e qualificação dos gastos públicos referentes a aplicação dos recursos que constam em contrato usando como base a ferramenta Sistema APURASUS - Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS do Ministério da Saúde.
Referência de Meta	Será avaliado: a) A regularidade na alimentação do Sistema APURASUS e a manutenção das informações atualizadas. b) A apresentação dos relatórios emitidos pelo Sistema APURASUS até o 5º dia do mês subsequente.
Fonte de Informação	Relatórios emitidos pelo Sistema APURASUS: 1- Custo Total da Unidade, contendo informações de custos de Pessoal, de Material de Consumo, de Serviços Terceiros e Despesas Gerais; 2- Centro de Custo x Produto; 3- Item de Custo x Centros de Custo.
Parâmetros (padrão)	100%
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	O sistema de Gestão de Custos utilizado da unidade deverá dispor de funcionalidades similares ao APURASUS, conforme detalhamento abaixo: O APURASUS (Sistema de Apuração e Análise de Custos do SUS) é uma ferramenta desenvolvida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de aprimorar a gestão financeira e operacional das unidades de saúde. Funcionalidades do APURASUS:

	1. Coleta e Registro de Dados: Permite a coleta detalhada de dados financeiros e operacionais das unidades de saúde, incluindo custos de insumos, medicamentos, pessoal e serviços. 2. Análise de Custos: Proporciona ferramentas para análise detalhada dos custos, identificando os principais gastos e oportunidades de redução de despesas. 3. Relatórios Gerenciais: Gera relatórios gerenciais que auxiliam na tomada de decisões, oferecendo uma visão clara dos custos por centro de custo, por paciente e por procedimento. 4. Benchmarking: Possibilita a comparação dos custos entre diferentes unidades de saúde, permitindo identificar boas práticas e áreas que necessitam de melhorias. 5. Integração com Outros Sistemas: Facilita a integração com outros sistemas de gestão hospitalar e de saúde, garantindo uma visão abrangente e integrada dos dados. Objetivos do APURASUS: 1. O principal objetivo do APURASUS é promover a transparência e a eficiência na gestão dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Melhorar a Eficiência dos Gastos Públicos: Identificar áreas onde os recursos podem ser melhor alocados para maximizar o impacto positivo na saúde pública. 3. Apoiar a Tomada de Decisões: Fornecer dados precisos e relevantes que auxiliem gestores na tomada de decisões informadas sobre a alocação de recursos e a gestão de operações hospitalares. 4. Promover a Transparência: Garantir que os gastos públicos sejam monitorados e analisados, aumentando a transparência e a responsabilidade na gestão dos recursos do SUS. Resultados Esperados com a utilização do sistema: 1. Redução de Custos: Identificação de desperdícios e oportunidades para redução de custos, otimizando o uso dos recursos disponíveis. 2. Melhoria na Qualidade dos Serviços: Uso eficiente dos recursos pode resultar em melhorias na qualidade dos serviços prestados aos pacientes. 3. Maior Transparência: Aumento da transparência e prestação de contas, fortalecendo a confiança pública na gestão dos recursos de saúde. 4. Tomada de Decisões Informada: Melhor suporte à tomada de decisões estratégicas com base em dados concretos e análises detalhadas. 5. Comparação de Desempenho: Possibilidade de comparar o desempenho com outras unidades de saúde, incentivando a adoção de melhores práticas e inovação.
Responsável	Superintendência de Gestão de Parcerias Hospitalares/SES/MT
Referências	Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015: Institui o Sistema de Informação de Custos do SUS (APURASUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Vieira, L. M., & Garcia, M. C. (2020). <i>Análise de Custos na Gestão Hospitalar Pública: O Uso do APURASUS</i>. Revista Brasileira de Economia da Saúde, 12(2), 123-140. Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público MCASP 9ª Edição_.pdf. endereço eletrônico: https://sisweb.tesouro.gov.br "A "PROTEÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS FUNDADA NOS MECANISMOS DE CONTROLE E NOS INSTRUMENTOS DE FISCALIZAÇÃO PÚBLICA TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO" - Secretaria-Geral da Presidência - Instituto Serzedello Corrêa - Especialização em Auditoria e Controle Governamental. Normas de Contabilidade Pública do Conselho Federal de Contabilidade.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - Percentual de pacientes SUS internados regulados e registrados no Sistema de Gestão de Leitos (INDICASUS)	
Objetivo	QUALIDADE DA INFORMAÇÃO
Nome do Indicador	Percentual de pacientes SUS internados regulados e registrados no Sistema de Gestão de Leitos (INDICASUS) SES-MT
Interpretação	Avaliar o percentual das internações reguladas no Sistema de Regulação <i>on line</i> e registradas no Sistema de Gestão de Leitos SES-MT.
Fórmula do Cálculo	$\frac{\text{Número de pacientes SUS internados regulados e registrados no Sistema IndicaSUS no período}}{\text{Total de pacientes SUS internados no período}} \times 100$
Numerador	Número de pacientes SUS internados regulados e registrados no Sistema IndicaSUS no período
Denominador	Total de pacientes SUS internados no período
Referência de Meta	100% das internações SUS reguladas no Sistema de Regulação <i>on line</i> e registradas no Sistema IndicaSUS.
Fonte de Informação	Sistema de Regulação <i>on line</i> e IndicaSUS.
Parâmetros (padrão)	100%
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	O Sistema IndicaSUS é um sistema de informação do Estado de Mato Grosso tendo como principal objetivo possibilitar a entrada, a análise e a consolidação de informações de interesse de saúde e permite o acompanhamento diário da ocupação dos leitos e notificações dos hospitais do estado, bem como permitir avaliar em tempo real os leitos disponíveis e as taxas de ocupação, incluindo algumas funções como: - Disponibilizar informações, em tempo real, sobre a oferta de leitos; - Acompanhar a alocação de leitos eletivos por clínica e prestador em tempo real; - Controlar o fluxo dos pacientes nos estabelecimentos de saúde (admissão, acompanhamento da internação e alta); - Acompanhar a execução da oferta disponibilizada/contratualizada por estabelecimento de saúde executante; Regulado: internação regulada no Sistema de Regulação <i>on line</i> em tempo real, que consta o status aprovado na solicitação, via Central Estadual de Regulação.
Responsável	Supervisão Administrativa SES/MT
Considerações (Variáveis do indicador)	O registro quanto a regulação de acesso (nº da solicitação no Sistema de Regulação <i>on line</i> e nº da AIH) devem ser lançados no IndicaSUS conforme o prazo estabelecido no Manual vigente. Não serão aceitas regulações posteriores à data de internação. Não serão consideradas as dobras de conta do Sistema de Regulação <i>on line</i>.
Referências	- Decreto Estadual nº 130 de 24 de fevereiro de 2023 que dispõe sobre a instituição do Sistema IndicaSUS; Portaria GM/MS Nº 1559 de 1º de agosto de 2008 que institui sobre a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). - Decreto Estadual nº 670 de 07 de outubro de 2020 que regulamenta os termos da Lei nº 10.783/2018, que dispõe sobre a transparência na Política Estadual de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito do Estado de Mato Grosso. - Manual de uso do Sistema IndicaSUS Leitos. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. v. 4, 2025. Disponível em: https://sites.google.com/ses.mt.gov.br/ajuda-indicasus/documenta%C3%A7%C3%A3o

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - Proporção de Comissões Obrigatórias e pertinentes ao perfil de atendimento hospitalar	
Objetivo	QUALIDADE DA GESTÃO
Nome do Indicador	Proporção de Comissões Obrigatórias e pertinentes ao perfil de atendimento hospitalar
Interpretação	Avaliação da atuação das comissões atuantes, visando melhoria contínua, prestando uma assistência de qualidade e de forma cada vez mais eficiente, garantindo a sua efetividade em conformidade com a Legislação vigente;
Fórmula do Cálculo	$\frac{\text{Número de comissões atuantes durante o mês (verificados na Supervisão in loco)}}{\text{Total de Comissões obrigatórias existentes no Contrato}} \times 100$
Numerador	Número de comissões atuantes durante o mês (verificados na Supervisão <i>in loco</i>)
Denominador	Total de Comissões obrigatórias existentes no Contrato x 100
Referência de Meta	100% das Comissões atuantes devidamente comprovadas por atas de reuniões e validadas pela supervisão administrativa.
Fonte de Informação	Relatório elaborado pela instituição contendo as Ata das Reuniões das Comissões Assessoras descritas no contrato, apresentado até o 5º dia do mês subsequente à prestação de serviços.
Parâmetros de Pontuação	100%
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	Comissões: grupo interno de trabalhadores de uma instituição hospitalar que se reúnem em função de defender, manter e ampliar o âmbito profissional, além de encaminhar, se necessário, aos órgãos competentes às propostas de normas que visam melhorar e adequar o exercício profissional nas mais variadas áreas de atuação; Ata de Reunião: meio de registro formal das reuniões das comissões, devem registrar o conteúdo deliberado na reunião e conter informações essenciais, como o nome da Comissão, Data e Horário de ocorrência e assinatura dos integrantes que participaram;
Responsável	Supervisão Administrativa SES/MT
Considerações (Variáveis do indicador)	As Comissões se tornarão obrigatórias somente se estiverem descritas no Contrato e deverão estar adequadas ao perfil de atendimento hospitalar. Ata de Reunião de Comissões que não constam no Contrato não farão parte do cálculo deste indicador.
Referências	BRASIL. Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, 2015. BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.616 de 12 de maio de 1998 que 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.
LISTA DE COMISSÕES OBRIGATÓRIAS	
Comissão de Ética Médica (CEM); Comissão de Ética de Enfermagem (CEE); Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA); Comissão de Verificação de Óbitos (CVO); Comissão de Revisão de Prontuários Médicos (CRPM); Comissão de Ética e Pesquisa (CEP);	

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - Proporção de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS)	
Objetivo	QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
Nome do Indicador	Proporção de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS)
Interpretação	Avaliar e monitorar o desenvolvimento das atividades de Educação Permanente em Saúde para a equipe de enfermagem e multiprofissional no âmbito da assistência hospitalar.
Método de Verificação	As atividades de EPS serão avaliadas conforme os seguintes critérios: 1- Cronograma Anual elaborado pela Instituição; 2- Atividade Educacional mensal realizada conforme cronograma; 3- Plano da atividade educacional mensal devidamente aprovada pela equipe gestora da instituição; 4- Lista de presença dos profissionais que foram submetidos à ação de educação comprovando o envolvimento de pelo menos 70% dos profissionais da instituição.
Referência de Meta	Cumprir: - Realizar as atividades de educação permanente mensalmente conforme o cronograma anual da instituição; - Envolver 70% de profissionais de enfermagem na atividade; - Envolver 70% da equipe multiprofissional na atividade; - Encaminhar o Relatório do Plano de atividade das capacitações.
Fonte de Informação	Relatório elaborado pela instituição contendo (tema, data, horário, quantos participantes, quantidade existentes de funcionários, lista de frequência, plano, foto), o qual deverá ser fornecido até o 5º dia do mês subsequente.
Parâmetros (padrão)	70% de envolvimento
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	Educação Permanente: atividades educacionais visando ampliar o acesso à informação e o envolvimento com o trabalho; Planejamento da EPS: modelo de relatório de cada instituição que deverá conter, tema da capacitação, responsável pela capacitação, público alvo e metodologia.
Responsável	Supervisão Administrativa SES/MT
Considerações (Variáveis do indicador)	O cronograma anual elaborado pela instituição tem a função de organizar o público alvo das EPS ao longo do ano. Todos os profissionais atuantes na instituição deverão receber capacitações periódicas. O Cronograma deverá ser encaminhado a SES-MT para ser analisado e aprovado, pois todas as linhas de cuidado existentes deverão estar presentes no cronograma. Toda alteração do cronograma deve ser submetida a uma nova análise para garantir o envolvimento de todos os profissionais atuantes da instituição.
Referências	BITENCOURT, G.R.; FERREIRA, A.F.M.; AMARAL, M.H.S.P.; RENAULT, S.M.G.; SILVA, J.O.; SANTOS, K.M. Uso de indicadores na avaliação do serviço de educação permanente: reflexão dos pilares da qualidade. Rev baiana enferm. ed. 35:e368442021. Brasil, 2021.

FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE DESEMPENHO - Percentual de ações de caráter humanizador, viabilizando as diretrizes da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)	
Objetivo	QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA
Nome do Indicador	Percentual de ações de caráter humanizador, viabilizando as diretrizes da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)
Interpretação	Avaliar as ações de caráter humanizador desempenhadas pela instituição durante o mês, que deverão proporcionar um ambiente humanizado aos profissionais, pacientes e seus acompanhantes;
Método de Verificação	As ações de Humanização serão avaliadas conforme os seguintes critérios: 1- Cronograma Anual elaborado pela Instituição; 2- Plano de operação da Ação de Humanização mensal devidamente aprovada pela equipe gestora da instituição; 3- Relatório da Atividade de Humanização mensal realizada conforme cronograma com lista de presença dos envolvidos.
Referência de Meta	Cumprir com: - Realizar as atividades de humanização mensalmente conforme o cronograma anual da instituição; - Encaminhar o Plano de operação da Ação de Humanização; - Encaminhar o Relatório do Plano de atividade das capacitações.
Fonte de Informação	Relatório elaborado pela instituição contendo (tema, data, horário, quantidade de participantes, quantidade existentes de funcionários, lista de frequência, plano, foto), o qual deverá ser fornecido até o 5º dia do mês subsequente.
Parâmetros (padrão)	100 %
Periodicidade	Mensal
Definição de Termos	Ação de Humanização: são ações que permitem a adaptação do atendimento, estrutura física e processos às necessidades do paciente, elevando a qualidade da assistência em saúde; Planejamento da Ação de Humanização: modelo de relatório de cada instituição que deverá conter: tipo da ação realizada, responsável pela execução, público alvo e metodologia.
Responsável	Supervisão Administrativa SES/MT
Considerações (Variáveis do indicador)	As ações de humanização em cronograma desenvolvidas pela instituição precisam contemplar as diretrizes do HumanizaSUS sendo elas: acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários.
Referências	BRASIL. Cadernos Humaniza-SUS: volume 3 - Atenção Hospitalar. Ministério da Saúde, v. 3. Brasília, 2011.

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. A Unidade hospitalar gerenciada pelo PARCEIRO PRIVADO devidamente qualificada, será considerada, 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.** A unidade hospitalar sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO funcionará 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 n.º 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 n.º 02, de 13 de abril de 2012, promovendo e cooperando com a integração ensino-serviço.
- 4.18.** A Unidade hospitalar poderá receber residentes de outras instituições e/ou Programas de Residência, por meio do Rodízio Externo e/ou obrigatório na unidade, em concordância com o Projeto Pedagógico do Programa.
- 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 da unidade hospitalares e/ou ambulatorial 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 tecnológicos 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 publicação do extrato do contrato de gestão ou do 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 na unidade hospitalar 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 na Unidade hospitalar;

(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 na unidade hospitalar 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 da unidade hospitalar, 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 da unidade hospitalar 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 a unidade hospitalar sob sua gestão tenha 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, na unidade hospitalar, 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 na unidade hospitalar. 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 na unidade hospitalar 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 na unidade hospitalar gerenciada pelo PARCEIRO PRIVADO têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência 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 na unidade hospitalar gerenciada 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 da unidade hospitalar, 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.

Quadro 01. Quantidade e custo estimado dos servidores (efetivos) da Unidade Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva, 2025.

HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA - METROPOLITANO					
Relatório de folha de pagamento/Média de gasto mensal					
Vínculo - Efetivo					
PERFIL	QT	SUBSÍDIO FIXO (R\$)	REGIME PLANTÃO SUS LC 441/2011 (R\$)	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE (R\$)	TOTAL GERAL (R\$)
ENFERMEIRO	1	23.637,57	7.200,00	555,00	85.515,53
	1	24.136,76			
	1	29.986,20			
MÉDICO - ANESTESIOLOGISTA	1	17.005,36	1.770,68	185,00	37.968,33
	1	17.051,61	1.770,68	185,00	
MÉDICO - CARDIOLOGISTA	1	14.001,76	1.770,68	185,00	37.024,64
	1	19.111,52	1.770,68	185,00	

MÉDICO - ORTOPEDISTA/ TRAUMATOLOGISTA	1	23.731,82	1.770,68	185,00	25.687,50
MÉDICO - RADIOLOGISTA	1	30.750,33	1.770,68	185,00	32.706,01
NUTRICIONISTA	1	14.556,31	1.770,68	185,00	54.807,56
	1	16.912,86	1.770,68	185,00	
	1	17.471,35	1.770,68	185,00	
ASSISTENTE DE ADMINISTRAÇÃO	1	11.684,30	0,00	0,00	51.887,43
	1	12.363,13			
	1	13.328,22			
	1	14.511,78			
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	1	8.564,88	6.600,00	555,00	42.568,98
	1	11.684,30			
	1	15.164,80			
FARMACÊUTICO	1	22.735,51	1.770,68	185,00	24.691,19
FISIOTERAPEUTA	1	17.051,61	0,00	185,00	241.300,51
	1	17.471,35	2.526,00	185,00	
	1	20.340,38	0,00	185,00	
	1	22.550,51	0,00	185,00	
	1	22.643,01	0,00	185,00	
	1	23.452,57	2.526,00	185,00	
	1	23.545,07	1.789,76	185,00	
	1	24.575,62	2.526,00	185,00	
	1	25.135,27	2.526,00	185,00	
	1	29.500,67	1.290,69	185,00	
TECNICO EM LABORATORIO	1	9.672,19	2.218,96	185,00	12.076,15
TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA	1	8.564,88	2.218,96	185,00	25.166,14
	1	11.793,34	2.218,96	185,00	
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	1	11.234,85	2.218,96	185,00	25.432,15
	1	11.793,34		185,00	
ODONTÓLOGO	1	21.821,92	0,00	185,00	22.006,92
PSICÓLOGO	1	24.011,06	2.526,00	185,00	26.722,06
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	1	6.173,00	0,00	0,00	6.173,00
Total	38	-	56.093,09	6.105,00	751.734,10
Patronal					210.485,55
Total+Patronal					962.219,65

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

Fonte: Documento SIGADOC [SES-CIN-2025/105377](#), de 03 de julho de 2025. Relação atualizada da quantidade de profissionais lotados na Unidade Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva.

ANEXO F DO PLANO DE TRABALHO - ESTIMATIVA DE CUSTEIO

Este documento tem como objetivo apresentar a estimativa do custeio operacional do Hospital Estadual Lousite Ferreira-Metropolitano, sob Gestão Estadual, localizado no município de Várzea Grande:

LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

- 1.1. A estimativa dos custos operacionais da **Unidade Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva** 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 da Unidade Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva
 - b) Série histórica de ocupação média da Unidade Ambulatorial e Hospitalar, 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*, 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 da 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 da unidade hospitalar, 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/1y5uK9whKTVifOsiqCXnGZstcP86furmfWExOKOqk0d4/edit?tab=t.0>
 - 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 3 vezes o valor da Tabela SIGTAP/SUS, totalizando 4 vezes o valor para Média Complexidade; e o acréscimo de 2 vezes o valor da Tabela SIGTAP/SUS, totalizando 3 vezes o valor para Alta Complexidade. Para Órtese, Prótese e Material Especial (OPME), é acrescentado 0,5 vez o valor, totalizando o fator de ajuste de 1,5 vezes o valor da Tabela SIGTAP/SUS;
- 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](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 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, a estimativa do custeio mensal para a operacionalização da Unidade Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva é no valor de **R\$ 19.417.552,82** (Dezenove milhões quatrocentos e dezessete mil quinhentos e cinquenta e dois reais e oitenta e dois centavos).
- 3.2. O valor total de custeio estimado anual é de **R\$ 233.010.633,87** (Duzentos e trinta e três milhões dez mil seiscentos e trinta e três reais e oitenta e sete centavos) e de **R\$ 699.031.901,61** (Seiscentos e noventa e nove milhões trinta e um mil novecentos e um reais e sessenta e um centavos) para o período de **36 (trinta e seis)** meses de vigência contratual.
- 3.3. A previsão de receitas voltadas à execução das atividades e projetos será oriunda da fonte estadual relativa aos serviços que não são credenciados/habilitados e da fonte federal para os serviços credenciados/habilitados.
- 3.4. Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se o quadro detalhados a seguir:

Quadro 01. Descrição do Serviço, Financeiro Estimado/Mensal e Financeiro Estimado/Anual - METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA - 2025

ITEM	ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	CRITÉRIO	FINANCEIRO ESTIMADO / MENSAL (R\$)	FINANCEIRO ESTIMADO/ ANUAL (R\$)
1	Órtese, Prótese, Materiais Especiais (OPMEs)/	Materiais	3.925.528,10	47.106.337,20

	Compatibilidade			
2	Órtese, Prótese, Materiais Especiais (OPMES)/ Alto Custo (25% - Compatibilidade)	Materiais	981.382,02	11.776.584,24
3	Diárias de 50 Leitos Complementar de UTI Adulto Tipo II, sendo 40 Leitos UTI Habilitados - Recurso Fonte Estadual R\$1.109,69 e 10 Leitos de UTI Não Habilitado - Recurso Fonte Estadual - R\$2.000,00/Diária (Portaria nº.208/2023/GBSES	Diárias	1.320.000,00	15.840.000,00
4	Portaria GM/MS Nº 4.243, de 6 de Dezembro de 2022 Habilita leitos de Unidades de Terapia Intensiva - UTI Adulto Tipo II 30 Leitos. Incentivo - Recurso Fonte Federal	Diárias	328.500,00	3.942.000,00
5	Portaria GM/MS Nº.4.535, de 6 de Dezembro de 2022 Habilita leitos de Unidades de Terapia Intensiva - UTI Adulto Tipo II 10 Leitos. Incentivo - Recurso Fonte Federal.	Diárias	164.250,00	1.971.000,00
6	10 Leitos Complementares de UTI Adulto Tipo II Habilitados para a Rede de Atenção às Urgências (RAU) junto ao Ministério da Saúde, plano foi aprovado e publicado através da Portaria GM/MS nº 1.412, de 6 de julho de 2012 do Ministério da Saúde e republicada nas datas de 20 de Julho de 2012. Incentivo - Recurso Fonte Federal.	Diárias	256.500,00	3.078.000,00
7	Produção Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH - Aprovado e Apresentado) - Recurso Fonte Federal (Teto MAC)	Procedimentos	3.021.705,49	36.260.465,88
8	Serv. Nefrologia (Sessões de Hemodiálise) em Clínica e UTI Adulto Tipo II - Portaria nº.594/2021/GBSES. Recurso Fonte Estadual.	Sessão	127.396,80	1.528.761,60
9	Transporte Terrestre Suporte Básico (Tipo B) e Suporte Avançado (Tipo D) KM Rodado	Quilometragem Rodada	1.250.010,00	15.000.120,00
10	Atenção Ambulatorial - Média e Alta Complexidade - Atendimentos, Ações, Serviços e Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	Exames/Atendimentos	1.419.735,55	17.036.826,60
11	Modalidade HOSPITAL-DIA/ Cirurgia Ambulatorial (CMA/cma)	Procedimentos/Atendimentos	357.808,64	4.293.703,68
12	Atenção Hospitalar - Clínica e Cirúrgica - Média e Alta Complexidade	Paciente-Dia/Saídas	4.487.848,72	53.854.184,64
13	Captação de Órgãos	Procedimento	2.184,88	26.218,56
14	Suporte/ implantação de serviço de qualificação dos atestados de óbitos por causas mal definidas com incorporação de tecnologias de diagnóstico por imagem	Exame/Procedimento	4.589,82	55.077,84
15	Atenção Médico Domiciliar e Cuidados Paliativos (Home Care)	Diária	1.770.112,80	21.241.353,60
Total "Estimativa de Custeio"			19.417.552,82	233.010.633,84

ANEXO III – 3. REQUISITOS CLASSIFICATÓRIOS E SEUS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

3.1. Apresenta-se nos Quadros 1 e 2 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	2	exemplo: 1.1.1.: fls. 10, caderno x

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 2 certificados por nível de acreditação.	9	
		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 2 certificados.	8	
			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 2 certificados.	8	
			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 3 certificados.	3	

		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 instrumento jurídico comprobatório (vide 3.1.1., I, deste anexo).	Cada certificado vale 3 pontos. Reconhecido até 2 certificados.	6	
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	2	
		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	1	
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 instrumento jurídico comprobatório (vide 3.1.1., I, deste anexo).	Cada atestado vale 1 ponto, reconhecido até 3 experiências, cada uma com período mínimo de 12 meses.	3	

		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.	6	
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 4 atestados cada um com período mínimo de 12 meses.	2	
		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.	3	

Quadro 02. Detalhamento dos requisitos de avaliação da proposta de trabalho da Unidade METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA: critérios de avaliação, comprovação documental e pontuação correspondente a cada comprovação.

CADERNO 5 PROPOSTA DE TRABALHO METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA					
Requisito	Avaliação	Critério	Comprovação documental: documento(s) exigido(s)	Pontuação unitária	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	1.1. Desenvolvimento dos objetivos e metodologia	1.1.1. Identificou os problemas?	Proposta técnica - diagnóstico situacional	2	exemplo: 1.1.1.: fls. 10, caderno x
		1.1.2. Apresentou os objetivos?	Proposta técnica - objetivos gerais e específicos	0,5	
		1.1.3. Demonstrou a necessidade das intervenções?	Justificativa técnica	1	
		1.1.4. Previu riscos?	Matriz de risco ou plano de contingência	1	
		1.1.5. Identificou as fortalezas e desafios?	Análise SWOT ou outro diagnóstico institucional	0,5	
2. Inovação	2.1. Iniciativa e criatividade ao propor possibilidades à gestão da Unidade hospitalar	2.1.1. Propôs novo serviço com base em evidências?	Proposta de inovação cientificamente sustentada	2	
		2.1.2. Verificou viabilidade e factibilidade na implantação do novo serviço?	Plano operacional e orçamentário da inovação	2	
3. Integração com a RAS	3.1. Resposta às necessidades locais de saúde	3.1.1. Apresentou estudo do perfil socioeconômico e epidemiológico dos usuários?	Estudo técnico com base em dados do SIAB, e-SUS, IBGE ou outros registros assistenciais	2	
		3.1.2. Organizou acesso às linhas de cuidado com base na RAS local?	Fluxograma regionalizado de pactuações com rede local	1	
		3.1.3. Situou o NIR no organograma da unidade?	Organograma institucional com clara inserção e articulação do NIR	1	

		3.1.4. Previu lotacionograma com dimensionamento de pessoal do NIR?	Lotacionograma considerando as funções, atribuições e carga horária necessária ao pleno e ininterrupto funcionamento do NIR	1	
		3.1.5. Ajustou a sistemática de trabalho do NIR às especificidades regionais?	Procedimentos operacionais e demonstração dos fluxos operacionais consoantes à regulação estadual	1	
4. e 5. Integralidade do cuidado	4.1. Reabilitação especializada e acesso ambulatorial ampliado	4.1.1. Previu a implantação do serviço CERII com oficina ortopédica?	Projeto arquitetônico funcional e plano de implantação do CERII	1	
		4.1.2. Ampliou o escopo clínico para reabilitação pós-operatória em ortopedia, neurocirurgia e cirurgia bariátrica?	Plano de cuidados, organograma, lotacionograma e dimensionamento da equipe multiprofissional necessária	2	
	5.1. Alta segura e responsável	5.1.1. Dimensionou equipe de desospitalização no organograma e lotacionograma?	Organograma funcional e lotacionograma com perfil profissional da equipe responsável	0,5	
		5.1.2. Previu a integração do Serviço Social na equipe de desospitalização?	Perfil funcional com atribuições do Serviço Social na alta segura, considerando a interface do serviço com o município de residência do paciente e rede de atenção à saúde	1	
6. Parque de equipamentos médico-hospitalares	6.1. Ampliação e confiabilidade tecnológica	6.1.1. Adequou o plano de cuidados de intervenções vasculares com o suporte de equipamentos médicos-hospitalares necessários?	Plano de aquisição de equipamentos com justificativa técnica, considerando a demanda dos serviços e economia de escala	1	
		6.1.2. Analisou e planejou os equipamentos necessários ao setor de neurologia e neurocirurgia (neuro-endovasculares)?	Plano de aquisição dos equipamentos com a devida descrição e justificativa técnica, considerando a demanda dos serviços e economia de escala	1	
		6.1.3. Viabilizou a oferta de cardiologia intervencionista considerando o necessário suporte de hemodinâmica?	Plano de aquisição dos equipamentos com a devida descrição e justificativa técnica, considerando o necessário suporte de hemodinâmica, a demanda dos serviços e economia de escala	2	
		6.1.4. Analisou e planejou os equipamentos necessários à ortopedia e traumatologia cirúrgica?	Plano de aquisição dos equipamentos e instrumental cirúrgico com a devida descrição e justificativa técnica, considerando a demanda	1	

			dos serviços e economia de escala		
		6.1.5. Apresentou plano de manutenção preventiva e corretiva do parque tecnológico dimensionado?	Plano devidamente assinado por responsável técnico contendo cronograma de implantação, metas definidas e estratégias de reposição imediata dos equipamentos para garantia da continuidade dos serviços	1	
7. Gestão de tecnologia da informação e comunicação	7.1. Integração e transição de sistemas	7.1.1. Analisou os requisitos operacionais e tecnológicos para implantação do DRG?	Demonstração da análise de aderência de sistema à classificação DRG com adequação e descrição dos recursos tecnológicos e humanos necessários	1,5	
		7.1.2. Definiu a estratégia de incorporação e treinamento para DRG?	Plano de capacitação técnica com cronograma e recursos previstos	0,5	
8. Gestão dos recursos terapêuticos	8.1. Boas práticas na gestão de OPME	8.1.1. Instituiu procedimentos para solicitação fora da oferta disponível?	Fluxograma e procedimentos operacionais para aquisições em caráter de excepcionalidade	1	
		8.1.2. Estabeleceu fluxos de aquisição formalizados?	Manual de aquisições com procedimentos operacionais padrão, atribuições e fluxogramas dos setores responsáveis	1	
9. Gestão por resultados	9.1. Monitoramento de metas contratuais e ações corretivas	9.1.1. Estabeleceu metodologia de monitoramento de metas contratuais?	Plano de monitoramento e avaliação que contemple fluxogramas e matriz das metas contratuais	1	
		9.1.2. Estabeleceu plano de medidas corretivas?	Plano de contingência com responsabilização e estratégias de intervenção para o alcance de melhorias	1	
10. Linha de Cuidado Ortopédico Especializado	10.1. Qualificação da assistência ortopédica e integração funcional	10.1.1. Apresentou protocolo assistencial padronizado baseado em evidências?	Protocolo clínico assistencial para trauma ortopédico	1	
		10.1.2. Previu a integração com reabilitação ambulatorial e hospitalar?	Plano de integração da reabilitação funcional ao protocolo clínico assistencial com fluxograma e atribuições da equipe multiprofissional	1,5	
		10.1.3. Previu plano de cuidados para a alta segura?	Plano de cuidados da equipe multiprofissional para a alta segura com indicadores de monitoramento e avaliação dos resultados funcionais e avaliação da independência pós alta	1,5	

11. Gestão de Unidades de Terapia Intensiva (UTI)	11.1. Foco em desfechos clínicos	11.1.1. Apresentou plano de gestão da clínica com critérios de admissão, sedação e uso de ventilação mecânica?	Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas devidamente assinado por responsável técnico contendo fluxogramas e atribuições técnicas da equipe assistencial, critérios de admissão, sedação, indicação das modalidades de ventilação mecânica e desmame	1,5	
		11.1.2. Apresentou plano de monitoramento diário de cuidados críticos ?	Protocolo de rastreamento com critérios e estratégias de monitoramento diário para os indicadores de avaliação de cuidados críticos (como infecções, SAPS-3 e outros)?	1,5	
		11.1.3. Previu o uso de rounds com metas clínicas e uso racional de antibióticos em cuidados críticos?	Manual de boas práticas em cuidados críticos e antibioticoterapia, considerando as atribuições legais das categorias profissionais e participação das comissões de controle de infecção, farmácia e terapêutica, qualidade e segurança do paciente	1,5	
12. Gestão do Centro Cirúrgico 24h	12.1. Turnover seguro e linhas prioritárias	12.1.1. Previu protocolo de regulação e acesso às cirurgias eletivas de acordo com prioridades clínicas?	Manual de classificação das cirurgias eletivas com fluxogramas institucionais dos critérios de regulação e acesso ou print de sistema que comprove a expertise e resolubilidade no manejo desta demanda	1,5	
		12.1.2. Estabeleceu critérios de eficiência e qualidade para a ocupação do centro cirúrgico?	Plano de gestão do centro cirúrgico com previsão do uso de indicadores de avaliação de turnover (tempo, giro de leitos, cancelamento, uso das salas, entre outros)	1,5	
		12.1.3. Apresentou plano de gestão de OPME e instrumental com rastreabilidade eletrônica?	Evidência de sistema de rastreio eletrônico	1,5	
13. Gestão da Neurocirurgia e Urgência Neurológica	13.1. Suporte especializado 24h	13.1.1. Previu fluxo clínico ininterrupto, durante 24h?	Fluxograma clínico e escala médica prevista com neurocirurgião em caráter ininterrupto	1	
		13.1.2. Apresentou comprovada experiência em Telemedicina, integrada às atividades assistenciais?	Contrato anterior ou comprovação de projeto institucional que contemple o uso de tecnologias de cuidado como telestroke ou equivalente	2	

		13.1.3. Estabeleceu os indicadores clínicos: porta-TC, porta-intervenção, escala NIH?	Plano contendo as estratégias de monitoramento e avaliação dos indicadores, integradas aos protocolos clínicos a serem implantados	1	
14. Gestão da Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista	14.1. Prontidão e integração regulatória	14.1.1. Comprovou expertise na implantação e operacionalização de protocolo porta-balão monitorado para infarto com supradesnívelamento?	Protocolo clínico comprovadamente validado e de uso por instituição com contrato de gestão firmado	2	
		14.1.2. Previu a integração com SAMU e regulação estadual?	Apresentou proposta de pactuação com a regulação estadual, contendo fluxograma de acionamento, responsabilidades compartilhadas e indicadores de resultados, considerando as especificidades da estrutura, perfil hospitalar e rede de atenção local	1,5	
		14.1.3. Estabeleceu indicadores de avaliação pós-angioplastia e reinserção em 30 dias?	Plano de monitoramento e avaliação com painel de metas, utilizando dados comparativos de unidade similar ou experiência prévia comprovada por relatório técnico de serviço executado	2	
15. Integração com a Rede Estadual e Contrarreferência Ativa	15.1. Compartilhamento do cuidado	15.1.1. Apresentou estratégia para o compartilhamento do cuidado com a atenção primária e demais níveis de atenção?	Previu núcleo de apoio à alta segura compartilhamento do cuidado com a atenção primária à saúde, ambulatório de atenção especializada do hospital ou outros hospitais de retaguarda da rede de atenção local, contendo fluxogramas, responsabilidades e atribuições das equipes multiprofissionais envolvidas	2	
		15.1.2 Incorporou recursos de saúde digital para a continuidade do cuidado pós alta segura e prevenção de reinternações de pacientes com condições crônicas	Previu a estruturação de núcleo de saúde digital vinculado ao ambulatório de especialidades do hospital, voltado ao acompanhamento remoto de pacientes com condições crônicas de atenção de média e alta complexidade (ortopedia, neurocirurgia, cardiologia, pós cirurgia bariátrica e outros), incluindo dimensionamento de pessoal, organograma e fluxograma institucional	2	

ANEXO IV – 4. 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 002/2025/SES/MT

PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º SES-PRO-2025/62988

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 002/2025/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 da Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**.

1.1.1. Identificação da unidade hospitalar:

Nome: METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA

Cadastro CNES: 6853781

Endereço: Avenida Dom Orlando Chaves, S/N, Bairro: Cristo Rei, CEP: 78118-187 - VÁRZEA GRANDE

Tipo de Unidade: é hospital geral considerado de médio porte, com capacidade instalada na projeção de distribuição da capacidade instalada de **222 leitos operacionais de internação**, sendo: 50 Leitos Complementares de Unidade de Terapia Intensiva UTI Adulto Tipo II, 172 leitos de enfermarias nas especialidades de clínica cirúrgica, leitos de internação nas especialidades de clínica geral, leitos Modalidade Hospital Dia, leitos Sala de Estabilização.

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 Central Regulação Estadual /SES-MT.

1.2. Vinculam esta contratação, de forma obrigatória e independentemente de transcrição, o Edital de Chamamento Público n.º 002/2025/SES/MT e seus anexos, especialmente o **ANEXO II – PLANO DE TRABALHO**.

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DA ESPECIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE TRABALHO

2.1. UNIDADE METROPOLITANO HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA (CNES 6853781)

2.1.1. Serviços a serem executados, minimamente, na Unidade hospitalar, com a obrigação de atendimento exclusivo aos usuários do SUS:

- I. Assistência de média e alta complexidade;
- II. Traumato-ortopedia;
- III. Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo II (incluindo hemodiálise);
- IV. Neurologia/Neurocirurgia (Neuro-intervencionista);
- V. Endocrinologia;
- VI. Pneumologia;
- VII. Assistência em Atenção Médico Domiciliar (*Home Care*) incluindo cuidados paliativos;
- VIII. Centro de Reabilitação: Físico e Intelectual, com suporte de serviço de próteses e oficina ortopédica;
- IX. Cirurgia Vascular com suporte de hemodinâmica;
- X. Nefrologia;
- XI. Urologia (cirúrgica);
- XII. Cirurgia Torácica;
- XIII. Clínica Geral;
- XIV. Cirurgia Geral Adulto;
- XV. Assistência em Obesidade e Sobrepeso
- XVI. Cirurgia Plástica (reparadora)
- XVII. Serviço de Urgência e Emergência;
- XVIII. Assistência ao Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- XIX. Utilização do Centro Cirúrgico e Anestesiologia 24h;
- XX. Cirurgias de todas as especialidades elencadas;
- XXI. Internações de média e alta complexidade;
- XXII. atendimentos Clínicos de todas as áreas elencadas;
- XXIII. Serviço de Referência Hospitalar para Procedimentos Cirúrgicos em Hanseníase
- XXIV. Serviço de Hemoterapia;
- XXV. Serviço de Captação de Órgãos;
- XXVI. Saúde digital;
- XXVII. Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) EXTERNO e INTERNO;
- XXVIII. Time de Desospitalização;
- XXIX. Transporte Sanitário;
- XXX. Qualificação Profissional e Integração Ensino-serviço;
- XXXI. Comissões Clínicas, Comitês e Núcleos Hospitalares.

2.1.2. A Unidade hospitalar deverá ter como projeção o quantitativo em torno de **222 leitos hospitalares** distribuídos em sua unidade e organizados minimamente conforme identificado no **ANEXO II – PLANO DE TRABALHO**.

2.1.2.1. Enfermarias com no máximo 6 leitos a fim de garantir a privacidade e a segurança do paciente, ou seja, cada enfermaria deverá ter no máximo 6 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.

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 médicas e não médicas

(clínica e cirúrgica) de: ortopedia e traumatologia, neurologia, clínica geral, vascular, psiquiatria (suporte para internados e egressos), cardiologia (suporte para internados), angiologia, urologia, nefrologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, cirurgia do aparelho digestivo (cirurgia bariátrica), órgãos anexos e parede abdominal, endocrinologia, medicina intensiva adulto, bucomaxilofacial/ odontologia hospitalar, cuidados paliativos;

III. de atenção ambulatorial e hospitalar em reabilitação físico e intelectual, com oficina ortopédica e apoio à prótese em Centro Especializado de Reabilitação Multiprofissional/ Centro de Reabilitação CER II;

IV. de atenção hospitalar, com internação, minimamente, nas especialidades (clínica e cirúrgica) de: ortopedia e traumatologia, neurologia, neurocirurgia (neuro-endovasculares), clínica geral, cuidados paliativos, pneumologia, cardiologia (suporte para internados), angiologia e cirurgia vascular (com suporte de hemodinâmica), urologia, nefrologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, Cirurgia do aparelho digestivo (cirurgia bariátrica), órgãos anexos e parede abdominal, endocrinologia, cirurgia plástica, medicina intensiva adulto e cirurgia bucomaxilofacial.

2.1.4. A CONTRATADA deverá buscar pela habilitação junto ao Ministério da Saúde 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 no âmbito do Estado**, 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 descrição/código - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia/2502, em 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 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);

IV. Habilitação como Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular com atendimento nos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Intervencionista/ Hemodinâmica, e;

V. Habilitação em Cirurgia Vascular e Procedimentos Endovasculares, origem: Portaria SAS/MS nº.210. de 15 de junho de 2004, Portaria SAS/MS nº 123, de 28 de fevereiro de 2005);

VI. Credenciamento/habilitação do serviço/classificação 1202 - procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, em regime de hospital dia;

VII. Credenciamento/Habilitação do Serviço/ Classificação 1202 - Procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, em regime de Hospital Dia.

VIII. Habilitação como Unidade de Terapia Intensiva, origem: Portaria 2.862/2023 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.

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 (dez) 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 gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços da Unidade hospitalar.

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 de avaliação de desempenho, *performance* e qualidade, 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 avaliação de desempenho, *performance* e qualidade 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, 1988, 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 90 (noventa) dias**, contados da publicação do extrato 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 XI – 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 publicação do extrato 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, de 17 de janeiro de 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, de 17 de janeiro de 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 da Unidade hospitalar é de **R\$ 20.379.772,47** (Vinte milhões trezentos e setenta e nove mil setecentos e setenta e nove reais e quarenta e sete centavos), incluindo recursos humanos (efetivos e contratados), desse total, **R\$ 962.219,65** (Novecentos e sessenta e dois mil duzentos e dezenove reais e sessenta e cinco centavos) correspondem às despesas com recursos humanos dos servidores efetivos do Estado da Unidade hospitalar, que serão cedidos à CONTRATADA e, portanto, **não serão considerados no valor mensal estimado (teto) para o custeio das despesas da unidade.**

6.1.1.1. O valor mensal estimado (teto) para o custeio das despesas da unidade, referentes à execução das ações e serviços de saúde e atividades assistenciais, é de **R\$ 19.417.552,82** (Dezenove milhões quatrocentos e dezessete mil quinhentos e cinquenta e dois reais e oitenta e dois 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\$ 17.475.797,54** (Dezessete milhões quatrocentos e setenta e cinco mil setecentos e noventa e sete reais e cinquenta e quatro centavos) **a ser pago mensalmente** para fins de custeio dos serviços da Unidades hospitalar;

6.1.1.3. Do valor mensal estimado (teto), **10% (dez por cento)** corresponde ao **CUSTEIO VARIÁVEL** no valor de **R\$ 1.941.755,28** (Um milhão novecentos e quarenta e um mil setecentos e cinquenta e cinco reais e vinte e oito centavos) **a ser pago mensalmente** e, sobre este valor, será procedida **trimestralmente** a avaliação dos Indicadores de Desempenho, *Performance* e Qualidade homologados dos 3 (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 pertinentes nos **três meses subsequentes à avaliação.**

6.1.2. 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.

6.1.3. Para atender às despesas de investimento que surgirem ao longo da execução contratual, será destinado um **recurso de investimento fixo equivalente a 3% (três por cento) do valor de custeio fixo**, que corresponde ao valor estimado de **R\$ 524.273,93** (Quinhentos e vinte e quatro mil duzentos e setenta e três reais e noventa e três centavos), a ser repassado mensalmente à CONTRATADA de forma adicional ao montante destinado ao custeio.

6.1.3.1. 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.

6.1.3.2. 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.

6.1.3.2.1. Caso o saldo atinja ou ultrapasse o limite estabelecido no item anterior, o repasse mensal de investimento fixo será suspenso no mês subsequente.

6.1.3.2.2. 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.

6.1.3.2.3. 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.

6.1.3.3. 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.

6.1.4. Será destinado de forma adicional um recurso financeiro mensal, correspondente a **3% (três por cento) do valor de custeio fixo**, que corresponde ao valor estimado de **R\$ 524.273,93** (Quinhentos e vinte e quatro mil duzentos e setenta e três reais e noventa e três centavos), 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.

6.1.4.1. 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.**

6.1.5. Os recursos correspondentes ao **custeio fixo**, **investimento fixo** e **fundo de reserva legal** serão repassados **mensalmente** às contas específicas, conforme cronograma de pagamento da SEFAZ vigente. A seguir, apresenta-se quadro-resumo com os valores estimados a serem repassados mensalmente, conforme descrito anteriormente:

Recurso	Valor mensal estimado
Custeio Fixo	R\$ 17.475.797,54
Custeio Variável	R\$ 1.941.755,28
Fundo de Reserva Legal (3% custeio fixo)	R\$ 524.273,93
Investimento (3% custeio fixo)	R\$ 524.273,93
TOTAL	R\$ 20.466.100,68

6.1.6. 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.

6.1.7. 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, de 17 de janeiro de 2017.

6.1.8. 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.

6.1.8.1. A CONTRATADA poderá, a qualquer momento, apresentar projetos para a melhoria e/ou ampliação dos serviços assistenciais, bem como para a estruturação física da Unidade, juntamente com cronograma de implementação, orçamento econômico-financeiro detalhado e demais documentos pertinentes, em conformidade com as normas da SES/MT.

6.1.8.2. 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.

6.1.9. 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.

6.1.10. É obrigatório à CONTRATADA manter e movimentar os recursos que lhe forem repassados **exclusivamente em contas bancárias específicas**, abertas em instituição e agência indicadas pela SES/MT, **vinculadas à natureza de cada repasse e à 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 da unidade, a SES/MT, por meio 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 **3 (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 contados da publicação do extrato do 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. Da dotação orçamentária

6.2.1. 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

6.3. Dos limites e critérios para despesas com remuneração e vantagens:

6.3.1. 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.

6.3.1.1. 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.

6.3.2. 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).

6.3.3. 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 **5 (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 na unidade 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 VIII – MINUTA DE TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS do Edital de Chamamento Público que rege este contrato), os equipamentos e bens permanentes adquiridos pela SES para funcionamento da unidade hospitalar, inventariados em momento oportuno, conforme item 9. DA SUCESSÃO do referido Edital;

8.1.18. disponibilizar à CONTRATADA, por meio de **termo de permissão de uso de bem imóvel** (ANEXO IX – MINUTA DE TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS IMÓVEIS do Edital de Chamamento Público n.º 001/2025/SES/MT), do imóvel da unidade hospitalar, 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 na 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 1.032/2010, 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.

c. n.º 2.254/2010, institui a vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar;

d. n.º 1.631/2015, aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;

e. n.º 3.390/2013, aprova a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP);

f. n.º 2.436/2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica;

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 denunciante;

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 Monitoramento de Internações Hospitalares e Leitos, Sistema de Informação para Indicadores do SUS - IndicaSUS;
- VII. Sistema Estadual de Gestão de Custos do Programa Nacional de Gestão de Custos – APURASUS;
- VIII. Laboratório (LIS);
- IX. Imagem (PACS).

9.1.10.1. O início da operação do sistema AGHUse no ambiente de produção da unidade hospitalar 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 pela unidade, 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 (trinta) dias contados da publicação do extrato 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 na **Metropolitano Hospital Estadual**, 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 da Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, 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 na Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, 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 hospitalar, 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 hospitalar, 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 publicação do Extrato deste contrato no Diário Oficial, 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 da Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, 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 publicação do extrato do contrato de gestão**, 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 **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, 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 da Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, 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 (dez) dias úteis** após o registro em cartório;

9.1.57. aplicar todas as receitas arrecadadas em decorrência da gestão da Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva** 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 da Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva** 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. Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- XXIV. Comitê de *Compliance*;
- XXV. Comitê de Transfusional;
- XXVI. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- XXVII. Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH);
- XXVIII. Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- XXIX. Núcleo de Vigilância Hospitalar de Epidemiologia (NVHE);
- XXX. Núcleo de Qualidade e Acreditação Hospitalar;
- XXXI. Núcleo Especializado em Tratamento da Dor;
- XXXII. Núcleo de Educação Permanente em Saúde.

9.1.61. assegurar o gerenciamento do **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, 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 **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, 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 publicização/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** da 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 na unidade, 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 na unidade hospitalar, com tempo de resposta máximo de 1h;

9.1.74. implantar, na unidade, **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 na unidade hospitalar 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 na unidade hospitalar, 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, na UNIDADE **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, deverá adotar indicadores para acompanhamento de performance e de resultados, integrados àqueles dispostos no ANEXO C do Plano de Trabalho – INDICADORES DE DESEMPENHO, PERFORMANCE 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 unidade, 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 na unidade;

9.1.87. utilizar o **bem imóvel** cedido exclusivamente para atender aos usuários do SUS, obrigando-se a:

9.1.87.1. utilizar o bem imóvel 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 do bem imóvel 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 do bem em permissão de uso, próprio ou locado, utilizado 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 o imóvel, no **prazo máximo de 30 (trinta) dias** após a publicação do extrato 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 o imóvel cedido 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 o imóvel 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, bem imóvel 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 unidade 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 da unidade 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 inexatidão 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 na unidade 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 da unidade 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 da unidade hospitalar;

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 pela unidade hospitalar, 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 (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 (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:**

- 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 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 nº.583, de 17 de janeiro de /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 da entidade
CONTRATADA*

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

*Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso
CONTRATANTE*

ANEXO V – 5. 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	20/10/2025
Solicitação de agendamento da visita técnica às instalações do objeto do edital	Até 29/10/2025
Agendamento/realização da visita por parte da SES/MT	Até 03/11/2025
Prazo para pedido de esclarecimentos e impugnações	Até 10/11/2025
Data limite para a divulgação das respostas no site da SES/MT	Até 17/11/2025
Prazo de elaboração e data final para entrega dos documentos de habilitação e da proposta de trabalho	Até 17/12/2025
Sessão pública	22/12/2025
Prazo para a comissão julgadora analisar e julgar os documentos de habilitação e as propostas de trabalho	Até 16/01/2026
Prazo para a SES/MT divulgar a ata da comissão julgadora com a ordem de classificação preliminar	19/01/2026
Prazo único de recurso acerca da análise/julgamento dos documentos de habilitação/proposta de trabalho	Até 26/01/2026
Prazo único de contrarrazões acerca de recurso(s)	Até 02/02/2026
Publicação e homologação do resultado final	19/02/2026
Prazo para convocação da OSS vencedora	Até 05/03/2026
Prazo para a vencedora apresentar a documentação prévia para a celebração do contrato de gestão	Até 19/03/2026

ANEXO VI – 6. FORMULÁRIO DE ENVIO DE PROPOSTA

Versão completa para download e preenchimento:

<https://docs.google.com/document/d/181eZDrNMCCCCF56rjeDxYxiBJnIdiZwv/edit>

À SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO – SES/MT

protocolo@ses.mt.gov.br - assunto: “CHAMAMENTO METRO/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 - Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva;

CADERNO 6 - 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 e 2 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 VII – 7. QUANTITATIVO DE SERVIDORES EFETIVOS DA SES/MT EM EXERCÍCIO NA UNIDADE HOSPITALAR

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 Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva

HOSPITAL ESTADUAL LOUSITE FERREIRA DA SILVA - METROPOLITANO					
Relatório de folha de pagamento/Média de gasto mensal					
Vínculo - Efetivo					
PERFIL	QT	SUBSÍDIO FIXO (R\$)	REGIME PLANTÃO SUS LC 441/2011 (R\$)	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE (R\$)	TOTAL GERAL (R\$)
ENFERMEIRO	1	23.637,57	7.200,00	555,00	85.515,53
	1	24.136,76			
	1	29.986,20			
MÉDICO - ANESTESIOLOGISTA	1	17.005,36	1.770,68	185,00	37.968,33
	1	17.051,61	1.770,68	185,00	
MÉDICO - CARDIOLOGISTA	1	14.001,76	1.770,68	185,00	37.024,64
	1	19.111,52	1.770,68	185,00	
MÉDICO - ORTOPEDISTA/ TRAUMATOLOGISTA	1	23.731,82	1.770,68	185,00	25.687,50
MÉDICO - RADIOLOGISTA	1	30.750,33	1.770,68	185,00	32.706,01
NUTRICIONISTA	1	14.556,31	1.770,68	185,00	54.807,56
	1	16.912,86	1.770,68	185,00	
	1	17.471,35	1.770,68	185,00	
ASSISTENTE DE ADMINISTRAÇÃO	1	11.684,30	0,00	0,00	51.887,43
	1	12.363,13			
	1	13.328,22			
	1	14.511,78			
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	1	8.564,88	6.600,00	555,00	42.568,98
	1	11.684,30			
	1	15.164,80			
FARMACÊUTICO	1	22.735,51	1.770,68	185,00	24.691,19
FISIOTERAPEUTA	1	17.051,61	0,00	185,00	241.300,51
	1	17.471,35	2.526,00	185,00	
	1	20.340,38	0,00	185,00	
	1	22.550,51	0,00	185,00	
	1	22.643,01	0,00	185,00	
	1	23.452,57	2.526,00	185,00	
	1	23.545,07	1.789,76	185,00	
	1	24.575,62	2.526,00	185,00	
	1	25.135,27	2.526,00	185,00	
	1	29.500,67	1.290,69	185,00	
TECNICO EM LABORATORIO	1	9.672,19	2.218,96	185,00	12.076,15
TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA	1	8.564,88	2.218,96	185,00	25.166,14
	1	11.793,34	2.218,96	185,00	
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	1	11.234,85	2.218,96	185,00	25.432,15

	1	11.793,34		185,00	
ODONTÓLOGO	1	21.821,92	0,00	185,00	22.006,92
PSICÓLOGO	1	24.011,06	2.526,00	185,00	26.722,06
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	1	6.173,00	0,00	0,00	6.173,00
Total	38	-	56.093,09	6.105,00	751.734,10
Patronal					210.485,55
Total+Patronal					962.219,65

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

Fonte: Documento SIGADOC [SES-CIN-2025/105377](#), de 03 de julho de 2025. Relação atualizada da quantidade de profissionais com seu perfil “vínculo Efetivo” lotados na Unidade Metropolitana Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva.

ANEXO VIII – 8. 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-2025/62988

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 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 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 do gerenciamento da Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**

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 da unidade hospitalar 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 turbção 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 na unidade hospitalar, 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 PERMISSÃO, 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 PERMISSONÁRIA 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 PERMISSONÁRIA 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 PERMISSONÁRIA, 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 PERMISSONÁRIA 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 IX – 9. 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-2025/62988

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 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 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 do imóvel da Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, exclusivamente para fins de gestão da referida unidade 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 do imóvel:Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva/CNES 6853781**

Endereço: Avenida Dom Orlando Chaves, S/Nº., Bairro: Cristo Rei, Várzea Grande/MT, CEP:78.118-187

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES

2.1. A PERMISSIONÁRIA se compromete a utilizar o bem cedido exclusivamente para atender aos usuários do SUS, obrigando-se a:

2.1.1. utilizar o bem imóvel 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 do bem imóvel 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 do bem em permissão de uso, próprio ou locado, utilizado 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 o móvel, no **prazo máximo de 30 (trinta) dias** após a publicação do extrato 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 o imóvel cedido 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 o imóvel objeto deste termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso 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 viger 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 ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. A PERMITENTE deverá proceder vistoria no imóvel cedido, 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 da Unidade hospitalar, 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 o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante **notificação prévia de 60 (sessenta) dias**, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexecutável.

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 X – 10. 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, na Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva**, 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 da Unidade **Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva** 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 da unidade hospitalar; 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.

Cuiabá-MT, ____ de _____ de 2025.

Nome

Matrícula

Responsável pela condução da visita técnica na Unidade
Metropolitano Hospital Estadual Lousite Ferreira da Silva

Ciente(s), _____
Nome(s) representante(s) da entidade

ANEXO XI – 11. 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, (Anexo do Decreto n.º 12.343, de 30 de dezembro de 2024, atualização dos valores estabelecidos na Lei n.º 14.133/2021);

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, (Anexo do Decreto n.º 12.343, de 30 de dezembro de 2024, atualização dos valores estabelecidos na Lei n.º 14.133/2021);

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 nº.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** (Sessenta e dois mil setecentos e vinte e cinco reais e cinquenta e nove centavos), (Anexo do Decreto n.º 12.343, de 30 de dezembro de 2024, atualização dos valores estabelecidos na Lei nº 14.133/2021);
- 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.